SAÚDE COLETIVA:

POLÍTICAS PÚBLICAS EM DEFESA DO SISTEMA UNIVERSAL DE SAÚDE

Organizadoras:
Daniela Savi Geremia
Maria Eneida de Almeida

SAÚDE COLETIVA:

POLÍTICAS PÚBLICAS EM DEFESA DO SISTEMA UNIVERSAL DE SAÚDE

Organizadoras:
Daniela Savi Geremia
Maria Eneida de Almeida

O TEMPO

Autoria desconhecida
Em um dia frio num semáforo em Chapecó

É tempo de quê?
Tempo de ter propósito ou não saber o que fazer?
Tempo de dar valor ou de desmerecer?
Tempo de tempo ou tempo de viver?
Tempo de renúncia ou de ter?
Tempo de buscar ou tempo de ceder?
Tempo de caminhar ou tempo de correr?
É tempo de plantar…
O que você vai colher!!!
É tempo de nascer, desenvolver, crescer...
Antes que seja tarde e seja tempo de adoecer..
É tempo de acordar, se fortalecer...
É tempo de amar.
Ame a você!

APRESENTAÇÃO

O leitor, em boa hora, pode contar com este livro que coleciona importantes contribuições de especialistas em saúde coletiva e que ostenta, em primeiro lugar e acima de tudo, a defesa e a afirmação do Sistema Único de Saúde (SUS), além, é claro, de percorrer temas centrais que marcaram a trajetória do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e a biografia do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Por ser a expressão intelectual do I Congresso Internacional de Políticas de Saúde, realizado em Chapecó, entre 6 e 8 de dezembro de 2017, o livro é também a expressão do compromisso com a saúde pública que a Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) assumiu desde a sua fundação.

O SUS é uma das mais grandiosas e benfazejas realizações da nova república brasileira. Como se trata de uma estrutura complexa, demanda constante zelo e aperfeiçoamento, porém, os benefícios para a população são evidentes e inalcançáveis por outros meios. Infelizmente, a atual política de desmonte do instituto constitucional da seguridade social, em que o SUS está organicamente abrigado, causa arrepios de toda a ordem. Essa política conta com o empenho de setores poderosos da sociedade e somente será contida por uma resistência igualmente poderosa que só conta com mobilização popular para materializar-se. A contribuição dada por este livro ao debate acadêmico já seria justificação suficiente para ele existir. Mas ele faz muito mais: sinaliza rumos para a atuação política e cidadã no sentido da resistência necessária em defesa do acervo de serviços e direitos sociais conquistados pela sociedade brasileira, ao longo das últimas décadas.

Na qualidade de ex-Reitor da UFFS, cargo que exerci desde 2011 até 2019, agradeço e engrandeço o trabalho de todas as pessoas e instituições que se envolveram na construção dos nossos cursos da área de saúde, na implantação do CEBES – Núcleo Chapecó e na realização do I Congresso Internacional de Políticas de Saúde da UFFS. Um reconhecimento especial aos organizadores deste livro e a todos os autores que participam dele. A todos, muito obrigado; aos leitores, boa e proveitosa leitura!

Jaime Giolo
Reitor da UFFS no período de fevereiro de 2011 a agosto de 2019

PREFÁCIO I

Dentro de um contexto político em que estamos assistindo gravíssimos retrocessos nas políticas sociais e no qual o Sistema Único de Saúde (SUS) vem sendo alvo de ataques constantes, somados à imposição do congelamento dos recursos para saúde e educação por 20 anos, a construção e divulgação deste livro marcam um importante ato de resistência.

Esta construção partiu da iniciativa de um grupo de professores e pesquisadores que atuam na área de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), instituição criada em 2009, fruto de uma política de expansão do ensino superior em várias áreas do país. Esta iniciativa pode mostrar o quanto este caminho foi crucial para o desenvolvimento regional com a estruturação sólida de um polo de formação superior voltado para a saúde e conectado com as condições e necessidades locais, vislumbrando um futuro melhor para sua população. É com muito entusiasmo que participamos desta iniciativa, que traz textos primorosos para o debate, os quais avaliam as grandes questões que permeiam e preocupam o campo da Saúde Coletiva no Brasil e no mundo.

A leitura dos textos apresentados no primeiro capítulo do livro – Reforma Sanitária Brasileira: avanços, retrocessos, desafios e perspectivas na conjuntura nacional – não só nos faz refletir sobre o panorama atual, como também aponta para perspectivas em defesa do SUS. E, nesse sentido, mostra os desafios que temos no sentido de qualificar as ações ao mesmo tempo em que não abrimos mão dos princípios de universalidade, integralidade, equidade e participação social. Dando sequência, é muito pertinente a discussão com contribuições primorosas sobre a organização do sistema universal em saúde que aprofundam o conhecimento e os grandes entraves que se colocam hoje para a garantia do direito universal à saúde.

Ainda de grande peso para estudantes e profissionais de nossa área é poder acompanhar o que vem sendo produzido cientificamente em relação ao planejamento e à gestão pública para viabilizar o sistema universal de saúde. Com certeza, a leitura destes textos permitirá aos leitores aprofundar o debate atual sobre os desafios que se colocam para países da América Latina em face à grande crise econômica e aos efeitos da austeridade fiscal sobre a saúde de nossas populações.

Complementando o rico debate proposto neste livro, são apresentados ainda os temas que discutem as inter-relações sobre saúde-trabalho e ambiente, com seus diversos aspectos que muito importam para a proteção da saúde, bem como a importância do controle social, condição essencial para se alcançar a atenção universalizada, equitativa e integral à saúde e questões relacionadas à judicialização e ao direito constitucional à saúde.

Não há dúvida da relevância de se manter este debate acesso, ampliando a discussão para subsidiar a formação de estudantes e profissionais que atuam no campo da Saúde Coletiva e de todas as áreas afins e, sobretudo, trazendo para ela a sociedade civil organizada. Dessa forma, estamos dando um grande passo no fortalecimento do SUS e de uma sociedade democrática.

Congratulamo-nos com todos os colegas da UFFS que organizaram e participaram do I Congresso Internacional de Políticas Públicas de Saúde, em Chapecó. E, do mesmo modo, com todos os pesquisadores militantes da Saúde Coletiva que contribuíram com este valioso livro, referência atual e necessária de leitura para continuarmos a nossa luta em defesa do sistema universal de saúde.

Num momento de afirmação de um pensamento crítico, as contribuições deste congresso já constituem um marco valioso na defesa intransigente da Constituição Cidadã de 1988, dos direitos sociais, de nossa soberania e dos valores de uma sociedade radicalmente democrática. E, de forma renovada, reafirmam a luta exemplar do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira pela construção histórica da saúde como direito universal de cidadania.

Saúde é democracia!

Lúcia Regina Florentino Souto – Centro Brasileiro de
Estudos de Saúde (CEBES)

Gulnar Azevedo e Silva – Instituto de Medicina Social -
Universidade do Estado do Rio e Janeiro (IMS-UERJ) e Associação
Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO)

PREFÁCIO II

A relevância de deixar registrado o I Congresso Internacional de Políticas Públicas de Saúde: em defesa do sistema universal de saúde em um livro publicado pela Editora UFFS é, sobretudo, proporcionar à comunidade acadêmica e à sociedade a oportunidade de reviver importantes momentos dos dias do congresso. Momentos que não voltam mais, mas que estarão à mão dos que entram na luta permanente da defesa do direito à saúde no nosso país. Os palestrantes e conferencistas convidados – todos, sem exceção – são referências acadêmicas de ordem nacional e internacional. Todos têm uma trajetória no Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, seja na gestão ou na atenção à saúde, seja na academia. E todos são incansáveis na defesa do direito à saúde para a população brasileira.

O livro está organizado em cinco partes, cujo conteúdo temático está similar à programação do congresso. A primeira parte, "Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: avanços, retrocessos, desafios e perspectivas na conjuntura nacional", constituída de quatro capítulos, reflete a luta e a resistência de um povo e de uma nação na defesa de seus direitos. Este movimento que começou nos anos sessenta do século passado, transcendeu a tradicional Saúde Pública e abriu um novo campo de saberes e práticas, a Saúde Coletiva. Os autores deste capítulo são ícones e fundadores do CEBES, discutindo quarenta anos de CEBES, trinta anos da Constituição Federal de 1988 com a permanente construção do Sistema Único de Saúde com seus princípios, organização e gestão de imensa complexidade de ordem nacional. Além destes desafios, mais um fator de acréscimo neste já complexo contexto é a intervenção do Banco Mundial nas políticas públicas de saúde do Brasil.

A segunda parte, "Sistema Universal e Direito à Saúde", que também tem quatro capítulos, compara sistemas universais de saúde e a questão do direito à saúde, pontua a importância da trajetória da saúde mental, que se insere nesse processo como absoluta vanguarda do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, e aponta os desafios da questão social e das políticas públicas na Argentina.

"Investimento Social e Austeridade Fiscal: desafios para o planejamento e a gestão pública", com cinco capítulos, é a terceira parte, que analisa com profundidade os desafios atuais e estratégias nas vertentes mais polêmicas da atualidade,

como renúncia fiscal, regulação dos planos e seguros de saúde; a questão das políticas de austeridade e da judicialização da saúde.

A quarta parte, "Saúde e Ambiente", constituída de três capítulos, vem trazer o território, a geografia da nação brasileira em um patamar de grandes conflitos hoje existentes nas inter-relações saúde-trabalho-ambiente, com retrocessos incomensuráveis no que toca o uso abusivo de agrotóxicos na agricultura brasileira.

"Educação e Formação em Saúde", com apenas dois capítulos, constitui-se na quinta parte, a qual vem trazer os desafios, as tarefas e a experiência acumulada na formação de profissionais de saúde, enfermeiros, sobretudo, voltados para a Atenção Primária à Saúde em momentos de ameaças ao SUS.

Antes de iniciar os conteúdos temáticos do livro, deixamos registrados dois documentos básicos da Saúde Coletiva do Brasil. Durante o congresso, no dia 06 de dezembro de 2017, foi feito o lançamento nacional do documento "Saúde e Democracia: desafios para o Brasil contemporâneo", que tem, em sua origem e força, os dois maiores marcos da Saúde Coletiva no Brasil: i. o documento original do CEBES, "A Questão Democrática na Área da Saúde", escrito por três professores do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – José Luis Fiori, Reinaldo Guimarães e Hésio Cordeiro – que lançou o Sistema Único de Saúde em 1979, orientando toda a organização do sistema, sendo a base da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 e do capítulo Saúde da Constituição Federal de 1988; e ii. a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 – "Saúde e Democracia", reforçando que a luta e a resistência não podem parar e "não vão mesmo parara", como poderia dizer Sérgio Arouca. Nesse sentido, A Carta de Chapecó, escrita ao longo do evento, aprovada pelos palestrantes e conferencistas e lançada no encerramento do congresso, reflete exatamente essa persistência em participar da luta pela justiça social no nosso país.

Não poderia deixar de constar o registro da equipe como um forte coletivo que emergiu nesse congresso, articulando os cursos de enfermagem e medicina, em um trabalho conjunto das comissões organizadora e científica. Foi uma convergência de docentes e acadêmicos da área da saúde, que trabalharam incessantemente com a construção de um grande capital intelectual. Em síntese, foi uma sinergia importante. O cansaço era transmitido com alegria e entusiasmo.

O relato deste trabalho está no Posfácio que, ao encerrar este livro, mostrando a estrutura e a dinâmica que gerou toda uma experiência, a cada um dos participantes, acaba por lançar um desafio: e o II Congresso Internacional de Políticas Públicas de Saúde?

Democracia é Saúde!

Maria Eneida de Almeida – Coordenadora
do CEBES-Núcleo Chapecó

Daniela Savi Geremia – Vice-Coordenadora
do CEBES-Núcleo Chapecó

SUMÁRIO

PARTE 1 –

MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA: AVANÇOS, RETROCESSOS, DESAFIOS E PERSPECTIVAS

1. RESISTÊNCIA E LUTA PELO DIREITO À SAÚDE

José Gomes Temporão[1]

APRESENTAÇÃO

Este texto se refere à Conferência de Abertura do Congresso, ministrada pelo Ministro da Saúde no período 2007-2010. Foi dedicada especialmente a todos os profissionais que trabalham no campo das políticas públicas e na defesa da Saúde Universal. Vivemos no Brasil um momento de extrema gravidade em várias dimensões. Isso é perceptível; cada um de nós sente esse fato. Do ponto de vista mais amplo, as políticas sociais estão ameaçadas, a pesquisa brasileira está sendo destruída, e as universidades públicas estão em risco neste governo [Michel Temmer].

No dia desta conferência, o reitor da Universidade Federal de Minas Gerais foi levado pela Polícia Federal de maneira totalmente absurda e constrangedora, aviltando a autonomia universitária e ofendendo a todos os brasileiros. Entretanto, esses fatos não nos amedrontam, pelo contrário, é um momento de nos organizarmos na defesa do que construímos ao longo de décadas, apesar de todas as fragilidades e de todas as dificuldades.

Há um produto de um processo político e social que foi construído ao longo de 30 anos que tem que ser defendido, aprofundado, radicalizado nos seus princípios. Este congresso é um momento de reafirmação destes princípios, de

---

[1] Doutor em Saúde Coletiva. Membro do CEBES. Professor e pesquisador titular aposentado da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), ex-ministro da saúde do Ministério da Saúde e ex-membro do *cancer control advisory committee – World Health Organization*. Membro Titular da Academia Nacional de Medicina.

reflexão das suas insuficiências, de suas fragilidades e do que temos que aperfeiçoar na luta política.

Em 2018, comemoraremos os 30 anos do SUS, no Congresso da Abrasco, na Fundação Oswaldo Cruz, que também está sendo ameaçada por este governo. Vamos ter o lançamento de um número especial da revista da Abrasco sobre os 30 anos do SUS. Teremos as eleições e, portanto, um grande debate nacional sobre "que Brasil queremos", "que Estado nacional queremos", "que democracia precisamos construir" e o "que precisamos fazer para radicalizar esse processo de aprofundamento da saúde brasileira".

INTRODUÇÃO

Proponho uma espécie de viagem no tempo, começando no período que antecede a Constituição de 1988 e que nós chamamos da Reforma Sanitária Brasileira, com uma de suas dimensões, não a única, o Sistema Único de Saúde. Refletir sobre quais eram os princípios, qual era o projeto original da época, quais foram os obstáculos que se colocaram desde o início da construção do projeto, quais foram os avanços e quais foram as áreas em que não foi possível avançar e por quê.

Se observarmos a construção do SUS como um processo político de longa duração, que nem começou em 1988, nem termina agora, poderíamos dizer que as raízes da Reforma Sanitária estão com Oswaldo Cruz, no início do século XX, ou com os sanitaristas desenvolvimentistas dos anos 1950 e 1960.

Uma nova etapa foi escrita a partir dos anos de 1970, e o CEBES, criado em 1976, por David Capistrano Filho, Sérgio Arouca e José Rubem de Alcântara Bonfim, foi o ator relevante. Cheguei a participar da primeira reunião que aprovou o primeiro regimento da entidade. Dessa forma, esse é um longo processo que não vai terminar aqui e que coloca desafios para as novas gerações que lhe darão seguimento. Nessa etapa, cujas raízes estão nos anos 1970, o movimento de Alma-Ata foi muito importante, inspirando várias iniciativas de prefeituras no Brasil na questão da construção de um sistema de saúde com recorte universal baseado na atenção primária. Uma forte inspiração veio principalmente do sistema inglês, mas também do canadense e de outros sistemas universais, como a

experiência de Cuba, bastante singular e fortemente baseada na integração entre políticas sociais e atenção primária.

Na verdade, os médicos reformistas europeus do século XIX já trabalhavam com essa consciência e diziam, naquela época, que a saúde é uma questão da sociedade. E, da mesma forma, é obrigação da sociedade assegurar e proteger a saúde dos seus membros, sendo que as condições sociais e econômicas têm uma importância fundamental na saúde da população. Wirchow dizia que "a medicina é uma ciência social e a política nada mais é do que a medicina em grande escala". É preciso, então, ter muita clareza de onde viemos, e o que é esse processo em construção, pois se trata de um processo histórico de longa duração.

A III Conferência Nacional de Saúde, em 1963, também foi muito importante, porque discutiu e reafirmou a questão da municipalização, do território como espaço importante de construção do sistema. Depois, durante a ditadura militar, o que vimos foi uma grande mobilização da sociedade, da academia, das igrejas, dos sindicatos, das associações de moradores de bairros, dos sanitaristas, pesquisadores, professores, partidos políticos, etc. Todos em torno de um conjunto de ideias sobre a democracia, sobre a saúde e a importância de reformas estruturais na sociedade brasileira que pudessem reverter o grave quadro de injustiça social e desigualdade acelerado daquele momento.

O CEBES surge, então, como ator político importante, em 1976, como movimento político que se nutriu do passado, mas a partir de uma reflexão política dessas experiências, uma reflexão teórico-conceitual que começa a construir uma nova agenda, um novo olhar sobre a saúde brasileira contemporânea. É relevante citar o acúmulo de experiências reais concretas institucionais, de Niterói, de Campinas, de Londrina, de Montes Claros, assim como o projeto PIASS. E também a experiência da prefeitura de Lajes-SC, com uma série de olhares diferentes sobre saúde, educação, agricultura e outras áreas.

UMA TRAJETÓRIA DA SOCIEDADE

Já na Nova República, construímos as Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). E, dessa forma, por um lado, tivemos avanços no campo do pensamento e da formulação e, por outro, avanços no campo da mobilização e da organização de serviços, do ponto de

vista prático de experiências concretas no território. Eram vários grupos trabalhando nesse sentido, inovando, pensando diferente. Jairnilson Paim diz que é importante reafirmar que nem a Reforma Sanitária Brasileira, nem o SUS foram criados pelo Estado, nem por governos ou por partidos, mas nasceram do processo político na sociedade brasileira dentro desse contexto histórico. Portanto, ele é uma conquista do povo brasileiro, uma conquista da sociedade brasileira, que, no momento atual, está ameaçada. Essa é a maior política pública que nasceu da sociedade brasileira e se estruturou na Constituição Federal como um direito para toda população. Essa é a base do SUS e do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

Do ponto de vista histórico estrutural, temos dois grandes modelos de sistemas de saúde prevalentes no mundo: no primeiro modelo, o hegemônico, predomina o conhecimento biomédico e a forte relação com o setor industrial e de serviços, as altas tecnologias associadas, sobretudo, a hospitais com suas tecnologias duras; no outro modelo, predomina o conceito de determinação social da saúde, em que a saúde é vista como processo político-social e técnico-científico, ou seja, predomina a intersetorialidade, a transversalidade. Esta última possui uma estrutura muito mais complexa para ser coordenada e implementada, entretanto, é muito mais potente para atuar sobre as desigualdades sociais.

Na verdade, não existe nenhum sistema de saúde no mundo que seja puramente um modelo ou outro; o que temos são superposições ou predomínios de um ou de outro. Por exemplo, o que mais se aproxima do primeiro modelo é o americano, entretanto, na atualidade, muitos estados dentro dos Estados Unidos têm organizado experiências inovadoras, como Saúde da Família, Atenção Primária e outras dimensões. O projeto original da Reforma Sanitária e do SUS, contudo, se aproxima muito mais do segundo modelo.

Antes de 1988, tínhamos um sistema de saúde privatizado, fragmentado, descoordenado, que oferecia serviços curativos predominantemente para três tipos de brasileiros: os ricos, que pagavam pela assistência à saúde; os formalmente inseridos no mercado de trabalho, que usavam a previdência social; e a grande maioria da população brasileira, que era objeto da caridade, da filantropia e do abandono. Não é exagero afirmar que, naquela época, a maioria da população brasileira estava completamente abandonada e desassistida sob o ponto de vista do acesso e da oferta de estrutura de qualidade, a tempo e a hora para cuidar de sua saúde. O surgimento do SUS coloca o campo da saúde em outra dimensão,

em outra perspectiva, como direito, com um sistema descentralizado, com participação popular e como um dever do Estado.

O conteúdo da proposta do SUS, originalmente, era a saúde como direito, um sistema unificado, descentralizado, democrático, universalizado, que visava à redução das desigualdades e das iniquidades. Defendia a integralidade da atenção, combatia a privatização do sistema, defendia uma redução gradual da oferta privada e uma ampliação da oferta pública de serviços de saúde, defendia o fortalecimento da capacidade nacional da produção de insumos estratégicos para a saúde. Nessa visão, a Saúde era um vetor de diálogo para outras dimensões do campo político e social, pautando o conceito ampliado de saúde e os determinantes sociais da saúde. A ideia era transformar a sociedade através e pela saúde. Podemos dizer que, no fundo, a Reforma Sanitária é um movimento cultural de transformação da percepção da saúde por uma determinada sociedade, com a construção de um novo olhar, de novas práticas, de novos sujeitos coletivos.

OBSTÁCULOS NA CONSTRUÇÃO DO PROJETO

Neste caminhar, vários obstáculos se colocaram no caminho. O primeiro deles foi o próprio gigantismo e a complexidade de um projeto como este. Como exemplo, tanto na Itália quanto na Inglaterra, países desenvolvidos, foram décadas de maturação entre pensar o projeto e implementá-lo, enquanto que, no Brasil, dois anos depois de aprovado na VIII Conferência Nacional de Saúde, o artigo 196 já estava inscrito na Constituição Federal, e dois anos à frente já tínhamos a Lei do SUS. Assim, demos a partida dessa nova etapa de construção da saúde universal.

Outro grande obstáculo foi o permanente subfinanciamento do sistema. O SUS nasceu subfinanciado porque, naquele momento, era lógico e óbvio que o orçamento do então INAMPS fosse compor o orçamento do novo Ministério da Saúde, mas não foi o que aconteceu. O orçamento do INAMPS foi absorvido pelo orçamento da Previdência Social, o que impactou profundamente, desde o nascedouro, a viabilidade do projeto. Esse subfinanciamento estrutural do sistema foi crucial para a manutenção do SUS até os dias de hoje. Essa restrição de recursos constrangeu o processo de formulação de políticas e definição de prioridades. Isso fica claro, por exemplo, ao analisarmos a Estratégia Saúde da Família, a qual começou como um Programa de Agentes Comunitários de

Saúde, porque não havia recursos disponíveis, naquela época, para se iniciar a Estratégia Saúde da Família em seu projeto acabado. Outro exemplo foi a Vacina da Hepatite B, uma vacina segura e eficaz que poderia ter evitado milhares de mortes no Brasil, mas somente anos depois dela chegar ao mercado é que foi incorporada ao Programa Nacional de Imunizações, porque faltavam recursos financeiros para sua incorporação.

A fragmentação total entre as políticas de previdência, assistência e saúde, financiadas de maneira articulada e integrada, que estava na Constituição Federal como projeto original e se perdeu ao longo desse caminho ou foi abandonado, também foi uma barreira enfrentada.

A visão por detrás do SUS vem da Reforma Sanitária, desse novo campo de pensamento, e que trabalha com o conceito de Saúde Coletiva. Enfrentou, desde o início, a hegemonia da medicina assistencial. Podemos dizer que, desde o início, houve o choque entre duas visões: cuidado essencial versus medicalização. Cuidado, não no sentido de intervenção técnica, mas um cuidado amplo, cuidar de um território, cuidar de uma família, cuidar das pessoas, cuidar dos cuidadores – clínica ampliada, com gestores, famílias e pacientes, profissionais de saúde trabalhando no mesmo projeto terapêutico. Essa visão se defronta o tempo todo com a visão da necessidade de se construir hospitais, colocar mais médicos, implantar mais tecnologias duras.

A saúde, desde sempre, é vista por todos os governos, sem exceção, como gasto e não como investimento. O exemplo mais radical é a PEC 95/2016, que traz embutida exatamente essa visão. Não importa se a transição demográfica está tendo impacto brutal na organização da saúde brasileira, se as doenças crônicas estão aumentando, se a população está envelhecendo. O que importa é congelar os gastos na saúde porque os políticos no Congresso Nacional que aprovaram essa medida vil não dependem do SUS para suas necessidades cotidianas, pois usam o sistema de planos e seguros de saúde, aliás, subsidiados em grande parte pelos impostos pagos pela própria população brasileira.

Temos também a oposição sistemática da grande mídia ao SUS, desde o início, uma falha do Movimento da Reforma Sanitária em pensar estrategicamente sobre esse tema e enfrentá-lo adequadamente. Esse foi o obstáculo central desde o início, porque a grande mídia está focada nos interesses econômicos que se expressam no que a saúde representa de lucro, sejam as indústrias de medicamentos, sejam as indústrias de equipamentos ou venda de planos e seguros de saúde, bem

como alimentos *fast food*, refrigerantes etc. Aqui, temos que observar a própria dinâmica do capital. A saúde tem uma dinâmica econômica específica extremamente importante. E só no ano 2000 foi criada a Agência Nacional de Saúde para regular o sistema suplementar privado, mesmo assim, capturada pelo próprio setor privado, desde o início. E entender esse ponto é extremamente importante.

O papel das centrais sindicais, dos sindicatos dos trabalhadores, que sempre apoiaram politicamente o SUS, também representa outro aspecto central nesse processo. Na prática, entretanto, quando se sentavam com seus patrões para assinarem os seus acordos coletivos, colocavam, como uma de suas demandas centrais, planos de seguro para si e para suas famílias. Ou seja, desde o início, a vanguarda do operariado apoia o SUS na retórica, mas não na prática. Isso se estende aos próprios trabalhadores do SUS. Então, temos uma esquizofrenia total, visto que os que constroem cotidianamente o SUS, não usam no seu cotidiano o produto do próprio trabalho.

A escassez de quadros técnicos para operar o sistema igualmente prejudicou o processo desde o início. Já que partimos de um sistema altamente fragmentado e centralizado e iniciamos um forte movimento de unificar e, ao mesmo tempo, descentralizar radicalmente, era preciso dispor de quadros técnicos para tal operacionalização. No início do processo, o Brasil tinha mais de cinco mil prefeituras sem nenhuma estrutura, com uma visão de saúde pública tradicional, limitando-se a oferta em postos e centros de saúde. Isso demandou um esforço enorme e uma grande formação de pessoal qualificado para tocar essa inversão de lógica.

Um obstáculo adicional (e que persiste) foi a ausência de espaços interinstitucionais para poder pensar a saúde integrada com outras políticas públicas. Somente em 2008/9, quando da aprovação do Relatório da Comissão Nacional de Determinantes Sociais de Saúde, surgiu uma série de propostas com criação de instâncias de integração, em nível federal, mas que nunca foram implementadas, apesar de formalmente assinadas pelos presidentes da República.

A CONSCIENTIZAÇÃO DA SOCIEDADE

Um dos temas mais importantes que obstaculizam o processo da Reforma Sanitária é o baixo grau de consciência política sobre saúde, ou seja, aqui estamos no espaço político-ideológico. Esse é um ponto absolutamente central. Como

uma determinada sociedade constrói a sua visão sobre a saúde? Como bem ou como mercadoria? Como direito ou como uma questão de consumo, que depende do poder aquisitivo de cada família? Como se constrói essa consciência, que, na visão de Giovanni Berliguer, é, ao mesmo tempo, consciência individual – como cada um percebe a "sua" saúde –, mas também consciência coletiva – como a sociedade se organiza para defender esse direito, no bairro, no município, no estado, no país. Que fatores impactam a construção dessa consciência em saúde?

Esse é um processo extremamente complexo, multidimensional, com vários fatores atuando, por exemplo:

a. O peso das publicidades em saúde difundida pelos meios de comunicação de massa. Cotidianamente a população brasileira está submetida a propagandas de remédios, hospitais, planos de saúde etc. A função desse tipo de publicidade é estimular o consumo e criar uma visão da saúde e da medicina como instrumento de produção e reprodução do saber. Dia a dia a população vem sendo impactada por essa visão.
b. A disseminação da saúde privada como parte do processo de ascensão social. Há dez anos, o Jornal Folha de São Paulo fez uma pesquisa para saber o que a nova classe média brasileira almejava, e a resposta foi: ter uma casa, um carro e um plano de saúde. Nesse sentido, a grande mídia faz propaganda de que o SUS é, sim, importante para o país, mas principalmente para os pobres. Só que o SUS foi constituído para todos os brasileiros.
c. Esse processo é impactado também, evidentemente, pelo contato da população com o sistema de atenção. Eu, utilizando a Saúde da Família; eu, internado no hospital público, buscando ajuda, sofrendo, não sendo acolhido, percebendo a qualidade ou não do atendimento. Esse contato cotidiano vai construindo uma determinada visão sobre o SUS, que pode ser positiva ou não.
d. E, por fim, o processo de medicalização, que está presente onde a medicina incorpora todos os espaços da vida social como objeto de intervenção.

Marx nos ajuda a pensar esse processo de medicalização. No capitalismo, a produção não produz somente objetos para o sujeito, mas também sujeitos para o objeto. Então, produz objetos para serem consumidos, mas também consumidores

que estejam dispostos a consumir aquilo. Ou seja, essas estratégias diversificadas e esses processos extremamente complexos de deseducação continuada estão voltados para o consumo, o que passa uma determinada visão da saúde e da assistência alienante na essência. Isso é muito importante, porque sociedades como a inglesa ou canadense, que veem seus sistemas de saúde como um patrimônio construído por gerações e um bem a ser preservado, têm uma visão do seu sistema de saúde muito mais consolidada do que temos aqui entre nós.

ONDE AVANÇAMOS? ONDE TIVEMOS MAIS DIFICULDADES?

Primeiro ponto: avançamos e muito! Em 1988, nós tínhamos um projeto, uma ideia e mobilização, ou seja, tínhamos força política. Mas a base material e institucional era frágil. Hoje nós temos uma base, temos estrutura, tecnologia, profissionais, pesquisadores, produção, entidades. Segundo ponto a destacar: a expressiva expansão da oferta e do cuidado. Ninguém pode negar, os números são públicos. Ampliou-se muito a oferta, de maneira desigual, claro, com problemas, mas não se pode negar essa ampliação. O SUS cumpriu e cumpre um importante papel na melhoria das condições objetivas e subjetivas de viver. Qual é o valor para um trabalhador ou para uma família de saber que pode contar com uma estrutura pública de qualidade à promoção, prevenção e atenção? Houve muitos avanços na pesquisa em Saúde Coletiva, na formação de especialistas e pós-graduados. O bom exemplo foi o ocorrido com a Zika congênita, em que clínica, vigilância epidemiológica e pesquisa deram condições para que o Brasil pudesse avançar muito rapidamente na questão.

Avançamos muito no fortalecimento das instituições de ensino, como a Fiocruz, as universidades, as escolas técnicas, o CEBES e a ABRASCO, que estão firmes, fortes e atuantes na resistência atualmente. Consolidamos o CONASS, CONASSEMS, ABrES, RedeUnida, AMPASA (em que o Ministério Público participa da defesa do SUS), CNBB, Movimento Popular de Saúde. O avanço ocorreu também na participação social e controle social, pois são partes do arcabouço do SUS os conselhos, as conferências, com todas as dificuldades. Quando se colocam os conselhos dentro do aparelho do Estado, eles perdem a potência e a liberdade, então, é necessário repensar essa estrutura.

Foi construída uma importante base material: centros de saúde, policlínicas, serviços de emergência, SAMU, equipamentos, equipes, tecnologias. Temos muitas experiências exitosas em planejamento e gestão, como as NOBS, os pactos, a PDR e a PDI. E temos o maior sistema de vacinação do mundo, pois nenhum país no mundo vacina dez milhões de crianças em um único dia, só o Brasil. Em relação ao PNI, ao lado dessa tecnologia organizacional, nós também consolidamos a nossa indústria de imunobiológicos. Enquanto nas décadas de 1970/80 os países da América Latina fecharam suas empresas públicas de fabricação de vacinas e imunobiológicos, o Brasil decidiu fortalecê-las. Hoje, temos Biomanguinhos e Butantã como dois entre os maiores produtores mundiais de vacinas; 95% das vacinas para o SUS são produzidas no Brasil. A Estratégia Saúde da Família hoje cobre 120 milhões de brasileiros, a maior política de atenção primária do mundo! Hoje temos quinhentos mil brasileiros que vivem com HIV em tratamento no SUS – medicamentos, internações, exames.

A grande fragilidade do programa de AIDS está na questão da prevenção, decorrente de setores conservadores do Congresso Nacional e parte da sociedade que, cada vez mais, colocam restrições na discussão da sexualidade, dos direitos sociais e reprodutivos nas escolas. O MEC aprovou há poucos dias a retirada desse tema das bases curriculares nacionais. Isso é delirante, pois é o mesmo que dizer para a sociedade que não existe mais sexo, não existe mais a questão de gênero. Isso é muito grave, porque o impacto dessa omissão será mais doença, mais sofrimento, mortes, mais problemas de saúde e estigmas.

Aprovamos e temos uma Política Nacional de Sangue e Hemoderivados, que é a Lei Sérgio Arouca. O Brasil criou e exporta a tecnologia de Banco de Leite Humano para vários países, inclusive para a Espanha. A prevalência de aleitamento exclusivo até o sexto mês, em 1986, era de 4,7%, graças às indústrias de leite em pó e à mídia, que vendia a ideia de que o leite em pó era maravilhoso. Em 2013, essa prevalência foi de 37%, um grande avanço, mas ainda pouco para o desejado. O aleitamento continuado, não exclusivo até 1 ano, passou de 25,5% para 45%. Entretanto, acabou de ser publicada uma nova pesquisa, mostrando que, desde 2013, essa evolução que vinha sendo positiva estagnou, o que demonstra falta de investimentos, políticas, educação, formação, mobilização da sociedade sobre essa questão.

Em relação aos direitos sociais e reprodutivos, 80% das mulheres usaram métodos contraceptivos em 2015, contra metade em 1970. O STF aprovou o direito

de a mulher interromper a gravidez em caso de gestação de bebê anencefálico, e a cirurgia de troca de sexo foi incluída no SUS, em 2010.

Foram 25 mil transplantes de órgãos em 2016, dos quais 90% se realizaram pelo SUS. Foi criada a Farmácia Popular, a política de medicamentos de alto custo, a política voltada para a primeira infância, em 2015, e o Programa Mais Médicos.

Tivemos um grande impacto nos macroindicadores. É impressionante o impacto na expectativa de vida ao nascer, na mortalidade infantil, na mortalidade por doenças crônicas. Em dez anos, reduzimos a mortalidade infantil pela metade e alcançamos uma redução dramática da desnutrição e da fome. Quanto à política do tabaco, o Brasil atualmente é o país do mundo onde menos se fuma. O impacto das políticas do tabaco está sendo avaliado por várias pesquisas. A prevalência, que era de mais de 30% na população adulta, agora é 10% da população adulta brasileira. Essa política do tabaco é muito interessante, porque aliou pesquisa, política pública, informação, mobilização e medidas de violenta restrição à propaganda, pois houve banimento da publicidade de cigarro.

Dados de uma coorte, acompanhada por César Victora, do Rio Grande do Sul, mostra mudanças em relação às classes de renda e o percentual de partos institucionais. Hoje é praticamente igual o percentual de mulheres pobres ou ricas que têm partos em instituições.

Existia um grande déficit de estatura, em 1974, quando a diferença média de estatura na adolescência de um jovem nascido em uma família pobre em relação a um jovem nascido em uma família rica era grande. Essa diferença praticamente não existe. Em relação às mães de 1982 e 2015, hoje elas dispõem de mais dinheiro, têm mais escolaridade, são menos adolescentes, mais altas, fumam menos, mas estão mais pesadas. Metade da população brasileira está com sobrepeso e 15% está obesa. Neste mesmo período, os recém-nascidos têm menor peso e são mais prematuros. Um dos fatores do baixo peso é o aumento das cesarianas, cuja proporção é muito alta, mas não se trata só disso. Está havendo agendamento de partos por escolhas das mães em relação aos signos solares. A mortalidade infantil despencou. Evidentemente, ainda há focos em Alagoas e no Maranhão, que tem 23 mortes por mil nascidos vivos enquanto em Florianópolis tem 8 por mil. Ainda temos muito que avançar. Em 2008, aos 4 anos, 12% das crianças já tinham sobrepeso ou obesidade. Esse é um fenômeno que vai impactar lá na frente, pois é vetor para hipertensão, diabetes tipo 2 e de todas as doenças associadas.

As doenças crônicas continuam com grande prevalência, de acordo com dados de 2016. Temos 60 mil homicídios por ano, sendo que, em nenhuma guerra, se mata mais do que a violência no Brasil, questão que vem sendo olimpicamente ignorada por todos os governos e, sobretudo, pela sociedade. As raízes que levam à violência são sociais e econômicas. Habitualmente, advoga-se pela ampliação da presença da polícia para atender a esta demanda, como se mais polícia fosse resolver essa questão. Grande parte desses homicídios é de jovens negros das periferias das grandes cidades. E temos também 40 mil mortes em acidentes de trânsito todos os anos. Então, entre acidentes de trânsito e homicídios, temos cem mil óbitos por ano.

Foi criado o Programa Saúde nas Escolas, a Rede de Urgência e Emergência, com o Serviço de Atendimento Móvel à Saúde (SAMU), avançou-se muito na vigilância epidemiológica e sanitária, foi feita a reforma psiquiátrica com o fechamento dos manicômios, assim como foi construída uma rede substitutiva de cuidados. No entanto, nos dias atuais, há um movimento dos psiquiatras conservadores em reverter o que foi conquistado. Essa reforma criou a Política Nacional de Humanização, que são as tecnologias relacionais, a clínica ampliada e o cuidado com o cuidador.

Colocamos na Saúde uma visão inovadora sobre a sua dimensão. É impossível imaginar construir o SUS que queremos sem garantir sua sustentabilidade tecnológica. Ou seja, para isso temos que reduzir a dependência do Brasil de tecnologias importadas e fortalecer o Complexo Econômico-Industrial da Saúde, que é o conjunto de indústrias, serviços e tecnologias que compõem o campo da Saúde.

Em 2016, o PIB do Brasil foi de 6 trilhões. A conta Saúde, isto é, a soma de tudo do ponto de vista econômico que envolveu saúde – emprego, salário, serviços, produção, indústrias – foi de 600 bilhões, equivalente a 10% do PIB. São 12 milhões de trabalhadores com empregos diretos ou indiretos e significa ¼ do esforço nacional de pesquisa e desenvolvimento em saúde. Saúde é plataforma das tecnologias de fronteira crítica do conhecimento – nanotecnologia, química fina, microeletrônica, telemedicina. Então, não olhar essa outra dimensão da saúde é o que nos constrange quando se observa a visão reduzida do governo e de grande parte da sociedade brasileira, que vê a saúde como um gasto e não como investimento.

Um novo estudo do Banco Mundial diz que quando se compara o setor saúde com o setor financeiro brasileiro, a qualidade de cada emprego criado na

saúde é várias vezes superior em termos de contribuição ao PIB, à renda e ao desenvolvimento. Isso significa que criar emprego na saúde é muito melhor, em muitos pontos de vista, para o desenvolvimento e para a economia nacional. É uma farsa dizer que restringir recursos na saúde vai fazer bem para o Brasil. Mas a verdade que está por trás dessa mentira é privatizar o sistema.

Em 2007, o Brasil começou a fazer o contrário do que China e Índia fizeram. Ambos os países exportam genéricos para o mundo inteiro, mas as populações desses países não têm acesso a essa produção. Aqui nos perguntamos como integrar política de saúde, política industrial e política de inovação para um novo modelo de desenvolvimento, no qual a saúde deve estar como um dos fatores centrais do desenvolvimento brasileiro. A criação da CONITEC, que foi fundamental e se integra a essa visão, representa quais critérios usar para o processo de incorporação de tecnologias no SUS. A questão era: incorpora-se o quê, a partir de quê, com quais os critérios.

O QUE NÃO DEU CERTO

Muita coisa não deu certo, e muito se perdeu nessa caminhada. Avançamos pouco na construção de redes efetivamente integradas, humanizadas, de cuidado integral e referenciadas. Embora existam inúmeras experiências em vários municípios, estamos muito aquém do que poderia ter sido feito nesse campo. As especificidades do nosso federalismo, essa radical descentralização dos municípios deixou de lado a questão regional. Gastão Wagner, presidente da Abrasco, tem colocado essa questão na pauta como um dos temas importantes para pensarmos um pouco no que é necessário mudar para avançarmos.

As desigualdades entre as regiões e o acesso entre as classes foram reduzidas, mas ainda se encontram em níveis insustentáveis. No caso dos direitos sexuais e reprodutivos, o que assistimos hoje é a prevalência da hipocrisia, do machismo, da intolerância e do preconceito, devido ao baixo grau de informação sexual. Em 2010, foi lançada uma cartilha para o segundo grau sobre sexualidade e, no momento da distribuição, a bancada evangélica do Congresso Nacional se mobilizou, e o governo recuou e não distribuiu. O impacto disso é o aumento da incidência de AIDS entre os jovens. A violência contra a mulher, o feminicídio, a violência contra gays, lésbicas e travestis também está aumentando.

Na questão do aborto, um grupo de homens conservadores quer que o direito das mulheres retroceda a antes de 1945, que foi quando o Código Penal aprovou a interrupção de gravidez em caso de doenças graves ou gravidez decorrente de estupro. Assim, a interrupção voluntária de fetos anencefálicos, que foi um dos últimos avanços, está fadada ao retrocesso. A professora Débora Diniz e o PSOL protocolaram no STF uma ação que defende o direito da mulher brasileira de interromper a gravidez até a 12ª semana.

O financiamento do SUS foi a área em que menos avançamos. No Brasil, 48% dos gastos é público, ao contrário da Inglaterra, onde 85% é gasto público. A maior parte do gasto é das famílias e das empresas. E, no caso das famílias, os estudos mostram que, por exemplo, na compra de medicamentos, esses gastos afetam muito mais e de maneira bem mais importante as famílias com menor poder aquisitivo do que as famílias de maior poder aquisitivo. O setor privado, para cobrir 47 milhões de usuários em 2016, despendeu 160 bilhões de reais. E o SUS, para cobrir todas as necessidades dos 200 milhões de habitantes, teve disponível 200 bilhões. A PEC 95 e a questão de gastos tributários está sendo criticada até pelo Banco Mundial, visto que, anualmente, a renúncia fiscal decorrente das isenções dadas à Indústria Farmacêutica, às entidades filantrópicas e às famílias somam que abatem despesas com planos, consultas, internações e exames no Imposto de Renda soma 25 bilhões de reais por ano. Ou seja, 25 bilhões que deixam de entrar no SUS para subsidiar o mercado.

E por quê? Aqui uma homenagem ao Adib Jatene, que viajava pelo país denunciando que o principal problema do SUS é a falta de sustentabilidade econômica. Isso ao considerar-se que a maior parte da riqueza brasileira vai para o pagamento dos juros da dívida interna. Em 2010, 45% foi para dívida interna, 4% para a saúde, 0,5% para segurança pública, 0,04% para saneamento, menos de 3% para educação, 0.4% para ciência e tecnologia, 0,09% para cultura. Aqui estão as prioridades para a sociedade brasileira: pagar os juros da dívida é o principal.

Lá atrás nós queríamos construir um sistema único para todos, um direito universal. Mas, na prática, ao invés desse sistema, em que a dinâmica do setor privado estivesse regulada por um Estado forte e competente, nós criamos dois sistemas desarticulados, o SUS, de um lado, e o setor de planos e seguros, de outro. Também não conseguimos que a Estratégia Saúde da Família fosse, de fato, a única porta de entrada do sistema e a estratégia de reorientação setorial.

Uma questão que não é simples e precisa ser enfrentada é a questão de os médicos terem vários empregos, servirem a vários senhores, dificultando a construção de um sistema público. Na Inglaterra, os médicos optam por trabalhar ou no setor público ou no setor privado. Outra questão é o corporativismo médico, ao priorizar-se o trabalho médico em detrimento de outras categorias profissionais. O serviço da saúde pública poderia ter muito mais qualidade se essa visão conservadora fosse ultrapassada. Existe um descolamento na formação dos profissionais da realidade sanitária do país.

O SUS é visto como pouco eficiente e um sistema para os mais pobres. E o próprio Estado brasileiro tem essa visão, o Ministério do Planejamento, o Legislativo, o Judiciário. Não conseguimos avançar na questão da intersetorialidade nas grandes áreas, Assistência Social, Educação, Saúde, Economia, com garantia dos direitos da população. São ações sempre muito desarticuladas, por exemplo, na relação da primeira infância, do desenvolvimento infantil, da questão do saneamento básico. Temos uma gestão muito partidarizada com um excessivo quadro de cargos de confiança com livre nomeação. Isso tem que ser revisto na estrutura do estado brasileiro, porque impacta na questão do SUS. Não tivemos uma comunicação em saúde competente, com a exceção do Canal Saúde da Fiocruz, sendo que a grande mídia continua como o espaço contraditório, influenciada por uma gama de indústrias com interesses lucrativos em relação à Saúde Pública. Há um baixo grau de consciência política e não se conseguiu transformar numa ideia forte o ideário da Reforma Sanitária e do SUS.

Existe um fenômeno muito curioso que é uma transmigração de filantropia e caridade para o SUS. É como se, de repente, com sutileza, surge algo como Criança Esperança ou Programa do Luciano Hulk, que recoloca a sociedade para solidarizar-se com os mais pobres, mais vulneráveis, com campanhas para recursos etc. Isso é importante porque os valores que nos orientam há décadas, como a igualdade e a solidariedade, perdem espaço. O ideário do SUS é ser universal, sem diferenciar *status* ou renda, na oferta de atendimento integral e de qualidade, e atuar na dimensão coletiva com a saúde como um Direito. Portanto, ele entra em conflito direto com o paradigma dominante que está sendo vendido hoje, principalmente, para a nova geração, que é o consumismo, o empreendedorismo, o individualismo, o mercantilismo. Quem pode mais, paga por uma saúde melhor, vide a política do Ministro Ricardo Barros em defender os planos

populares e acessíveis, de baixo custo para a população brasileira, como solução. É um absurdo!

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como se constrói um modelo moderno, que garanta o funcionamento de redes integradas com dedicação exclusiva para o serviço público? Existe um conflito, um choque de visões dentro do próprio movimento da Reforma Sanitária. A proposta defendida para a criação das fundações públicas levou à criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), que é uma desvirtuação total, porque hoje temos fragmentação, terceirização, precarização e a hegemonia das organizações sociais (OS).

O SUS é um sucesso como macroestratégia para impactar os indicadores sanitários. Ele é parte central do processo civilizatório. Sem o SUS, hoje, viveríamos um processo de barbárie social. Apesar disso, com todos os avanços, a avaliação da população, frequentemente, é negativa em termos de acesso, qualidade, tempo de espera, desumanização e descoordenação. É sobre isso que temos de nos debruçar para discutir o SUS que queremos.

Temos dois projetos em conflito. O SUS – universal, integral, equitativo, financiado com recursos do orçamento fiscal para todos, sem distinção – e o que está em curso – o fortalecimento do setor de planos e seguros de saúde do setor privado, sustentado por política de subsídio ao mercado e de renúncia fiscal. Este último, baseado no discurso de que a questão social não cabe no orçamento da nação, deixando o SUS para os mais pobres.

Qual dos dois projetos prevalecerá? Para a sobrevivência e desenvolvimento do SUS, é preciso fortalecer a consciência política de que o sistema universal é o melhor caminho para a justiça social e a proteção para a saúde de todos, sem distinção.

2. DEMOCRACIA E DEMOCRATIZAÇÃO EM SAÚDE: UNIVERSALIDADE, INTEGRALIDADE, EQUIDADE E PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Ana Maria Costa[1]

INTRODUÇÃO

Este texto, adaptado para capítulo deste livro, fez parte da Conferência de Encerramento do I Congresso Internacional de Políticas Públicas de Saúde: em defesa do sistema universal de saúde. A Constituição Federal do Brasil estabeleceu um Sistema de Seguridade Social no qual se insere a saúde como um direito universal. A conquista constitucional foi decorrência do processo de redemocratização e de grande mobilização social amparada pela produção, pela reflexão e pelo ativismo do campo acadêmico na construção do projeto político. Retomar essa marca histórica é importante para compreender a grande responsabilidade que a universidade tem de produzir alternativas para o bem-estar e a boa qualidade de vida para a população. A saúde que emerge desse contexto é dependente de um modelo democrático do Estado não apenas para substituir os anos de chumbo da ditadura, mas por reconhecer que somente a democracia pode garantir direitos sociais universais. O documento que o CEBES lançou, em 1979, foi marcado pela busca da democracia, com o título “A questão democrática da saúde”, reafirmando que a luta pela saúde está colada à conquista da democracia e dela depende totalmente.

---

[1] Doutora em Ciências da Saúde. Docente do Programa de Pós Graduação na Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal. Diretora do CEBES.

O debate que alimentou o Movimento da Reforma Sanitária denunciou as insuportáveis desigualdades sociais e expôs a determinação social da saúde. Importantes alianças foram firmadas entre setores da sociedade brasileira, incluindo grupos políticos de distintos matizes, configurando uma força política que foi capaz, não apenas de negociar, mas, sobretudo, de tencionar o Estado brasileiro em busca de caminhos pautados pela premissa da Justiça Social. O Movimento da Reforma Sanitária agregou ativistas pelo direito à saúde, envolvendo pesquisadores, estudantes, sindicalistas, entidades médicas e, principalmente, movimentos sociais, incluindo aqueles vinculados à Igreja Católica, o que conferiu uma potência importante na ação política pelo direito à saúde. Dessa forma, foi possível atravessar a mobilização que culminou com a 8ª Conferência Nacional de Saúde e, depois, negociar no interior da Assembleia Nacional Constituinte pela garantia da responsabilização do Estado pela Saúde, alçada à condição de um direito universal.

A conquista constitucional não ficou restrita ao direito à assistência médica, mas acompanhou o conceito ampliado de saúde, no qual saúde não constitui setor isolado já que decorre da qualidade de vida das coletividades, famílias e pessoas. Dessa forma, a saúde encontra-se articulada ao conjunto dos direitos que conformam o Sistema de Seguridade Social, garantindo proteção social ofertada pelo conjunto das políticas sociais.

Na base dessa concepção de saúde, está o Artigo 196, que sempre deve ser lembrado pela abrangência que confere ao tema, evidenciando o modelo do Estado e a própria democracia na sua produção: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". Ressalte-se que as políticas sociais e econômicas que promovem qualidade de vida resultam em melhores condições de saúde. Ao articular a saúde com as outras políticas, a Constituição incorpora o conceito ampliado de saúde do Movimento da Reforma

Sanitária, que nunca se restringiu ao pleito da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), imprescindível, mas insuficiente para a conquista da saúde.

O conceito ampliado de saúde está aliado à compreensão da determinação social da saúde. Aqui se faz mister distinguir sobre os distintos usos dos determinantes sociais da saúde que não podem ficar restritos aos fatores associados ao estilo de vida e hábitos "saudáveis" quando os determinantes sociais de maior impacto sobre a saúde das coletividades residem na exclusão social promovida por políticas econômicas que geram desemprego, fome e precariedade na moradia, educação e nos serviços assistenciais em geral. Por isso, hoje, a preferência na reafirmação da determinação social da saúde, em que cabe a dialética dos interesses das classes sociais, e nas formas de distribuição da riqueza, que repercute no modelo de sociedade e de Estado, produzindo mais ou menos qualidade de vida.

É necessário relembrar que, em fins dos anos 70 e nos anos 80, já começavam a surgir instituições de assistência médica no seio do sindicalismo de São Paulo, denominadas Medicina de Grupo. Estes grupos de prestação de serviços médicos eram incentivados e apoiados pelos sindicatos para prestação de assistência sindicalizada, como para os operários do ABC paulista da indústria automobilística. A Medicina de Grupo forma o embrião do que hoje conhecemos como planos e seguros privados de saúde que instituem privilégios na hierarquia do operariado e da população que hoje alcança 30% de cobertura no país.

O ovo da serpente paulista hoje é um dos complexos problemas setoriais, não apenas pelo fato de que, ao longo de todo esse tempo disputou e concorreu com o SUS, mas porque também, em parte, sobrevive dele. Para deter-se no aspecto político, é importante salientar que esse setor nasceu, expandiu e sobreviveu apoiado pelos sindicatos e corporações, na maioria das vezes, pares na luta por democracia em um campo progressista.

Esta constatação auxilia a pensar na complexidade, nas contradições e nos desafios das lutas democráticas nos quais estão presentes conflitos de interesses e uma cultura fundada na concepção de privilégios em uma sociedade altamente desigual como base em alianças para a construção de um Estado justo e democrático. Ao tempo que os grupos sindicais, especialmente os grupos do ABC, escolhem o caminho para assistência médica pela via da Medicina de Grupo, fortaleciam o setor privado que ganhava força política no cenário nacional. Ou seja, o sistema projetado pelo Movimento da Reforma Sanitária, que era para ser único, não conseguiu sequer unificar o setor pela governabilidade, apesar

do caminho da regulação tentado posteriormente, com a criação da ANS, cuja elasticidade regulatória passou a ser bem maior que o necessário.

De certa forma, pesa afirmar que o projeto da Reforma Sanitária foi atraiçoado, visto que não se podia mais contar com a força política que emergia no campo da esquerda nacional oriunda dos movimentos sindicais. Embora no discurso haja a defesa do SUS, isso não se constata na prática, pois todos têm os respectivos planos privados corporativos negociados nos dissídios coletivos, vinculados ao salário, com descontos em folha de pagamento. Isso passa a constituir provisoriamente um grande privilégio a esses grupos sociais que perderão, mais tarde, na aposentadoria. O que é privilégio para uns, representa perdas irreparáveis para o conjunto da população, com o rompimento dos valores societários instruídos pela solidariedade geracional e interclasses como valor social.

Quando Arouca dizia que o Movimento da Reforma Sanitária apostava no direito à saúde como valor civilizatório, um dos significados disso é que, em um sentido histórico, vislumbrava a consolidação de um *etos* solidário, que transforma a própria tessitura social, na qual alguns contribuem e todos têm o direito na universalização. O consenso existente neste movimento imbuiu uma ideia, ou melhor, uma ética universalista para o enfrentamento das desigualdades a ser sustentado por um modelo de Estado comprometido e capaz de proteger o seu cidadão, o qual deveria ser o centro do desenvolvimento nacional.

Entretanto, é preciso admitir que, passada a promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde nunca foi prioridade de nenhum governo, não apenas nas macropolíticas econômicas e sociais que ampliam oportunidades e reduzem desigualdades, mas especialmente sobre o SUS, que vem sendo implantado sob cenários tortuosos. Uma sequência trágica de situações foi desgastando o SUS, corroendo seus princípios e diretrizes. Primeiro, os golpes sucessivos sobre o financiamento; em seguida, a disputa da saúde como consumo ou como direito presente no seio da sociedade.

Apesar de claramente o SUS ter se imposto como projeto contra-hegemônico ao liberalismo que impera no país e a despeito de todos os boicotes, o SUS, mesmo que distante do idealizado, avança concretamente e consegue conquistar grandes vitórias, como ampliação da cobertura, operacionalização de vários programas e impactos reais sobre a vida das pessoas. Ainda assim, isso não é suficiente, porque, não sendo ainda um sistema de qualidade e de facilidade de acesso, não conquistou a confiança da população usuária. Salvo poucas exceções,

a população, quando chega ao SUS real, não encontra o que precisa, porque o acesso é difícil e os serviços são fragmentados, sem garantia de integralidade, além de uma baixa resolutividade em alguns casos. Há também a discriminação, há falta de respeito, há uma organização do serviço que nem sempre atende a lógica das necessidades do usuário, mas opera na lógica dos interesses das equipes.

As Redes de Saúde são fragmentadas, a Atenção Básica ainda não exerce a plenitude do seu papel, a atenção hospitalar está sobrecarregada. É compreensível e natural que a sociedade tenha um entendimento e uma avaliação muito negativa sobre o SUS. Até porque é inaceitável que, com 30 anos de SUS, exista tanta insegurança na atenção à saúde, desde os cuidados aos eventos agudos até os requeridos pelos doentes crônicos, garantias de acesso e atenção qualificada às gestantes no pré-natal e no momento do parto e cuidados aos grupos vulneráveis em geral. É intolerável que o Estado deixe de atender, proteger e amparar as pessoas por meio de serviços competentes nas necessidades e nos momentos de vulnerabilidade.

Nessa conjuntura em que não há prioridade dos governos para a saúde e sem a confiança da população, o SUS sobrevive. Interessante lembrar que altos índices de confiança e satisfação da população com determinados programas ou serviços não têm sido suficientes para reverter a imagem popular sobre o SUS. O SAMU, por exemplo, que conta com grande simpatia da população, é valorizado porque tem prontidão e é um serviço reconhecidamente competente. Dessa forma, precisamos ter serviços de qualidade para ganharmos a confiança da população e ela possa partir para uma posição em defesa do SUS e do direito à saúde.

Serviços de qualidade para a população significa, certamente, ter acesso facilitado e resolução do problema que aflige e causa sofrimento. Sob o ponto de vista técnico, serviço de qualidade envolve incorporar uma cultura fundada em outro pensamento de articulação de redes, outra lógica de organização do atendimento e do cuidado, que garanta a resolubilidade da atenção. Não é aceitável construir um SUS restrito apenas à atenção básica ou nomear como redes os serviços de atenção básica. Redes pressupõem um conjunto articulado e complementar de serviços em um território com oferta e operacionalização de ações que deem conta da integralidade da saúde das pessoas, com resolutividade real. Há que se refletir sobre isso. Uma rede de atenção básica não tem suficiência sobre si mesma para dar conta da integralidade. Ela pode ser altamente resolutiva, mas o sentido da atenção básica, o de ser um ordenador da rede e um coordenador

do cuidado das pessoas e coletividades – e esse mantra não pode sair da nossa cabeça –, se esvanece na hora em que a rede se encerra em si mesma. Então, precisamos de redes integrais de saúde que tenham serviços de atenção básica, retaguarda diagnóstica, terapêutica e para casos de alta complexidade, enfim, precisamos de redes integrais para pessoas com demandas integrais.

COMPROMISSOS DO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA

A saúde é um assunto complexo. O ser humano e seu contexto de vida configuram-se como objetos complexos. A vida não existe sob uma previsibilidade. Então, jovens, velhos, crianças, homens, mulheres, enfim, "todos nós" temos necessidades complexas ao longo de todo o tempo da nossa vida. Às vezes, essas necessidades são mais visíveis e previsíveis; outras vezes, menos. Nesse contexto, há grupos em situação de mais ou menos vulnerabilidade, embora isso não signifique que o processo de vigilância em saúde possa ser displicente e negligente com qualquer grupo populacional. Nosso grande compromisso como sujeitos, como professores do campo da Saúde Coletiva, é exatamente investigar "como" as pessoas vivenciam a saúde, identificando as especificidades, as necessidades e as desigualdades nas demandas e no acesso a serviços de saúde. E, consequentemente, propor e realizar soluções, apresentar alternativas de reorganização de redes, incorporar tecnologias que possam de fato construir aquele SUS prometido na Constituição Federal.

A integralidade, segundo Kenneth Rochel Camargo, é um devir, ou seja, um processo em permanente transformação. Tomo deste conceito para reafirmar que a busca da integralidade em saúde é um processo permanente que jamais será plena no cenário de necessidades mutantes. Trata-se, portanto, de um processo permanente que vamos tecendo a partir das necessidades que gerarão, naturalmente, outras necessidades. Nas suas múltiplas dimensões, não há integralidade sem garantia de acesso de qualidade. Da mesma forma, não há integralidade sem equidade ou mesmo sem universalidade. A universalidade não é só abrir a porta e oferecer serviços padronizados, mas é preciso reconhecer os grupos com suas necessidades e vulnerabilidades, com demandas específicas que criam responsabilidades de oferta com respostas específicas por parte dos serviços.

Nos anos recentes, avançou-se muito na visibilidade em relação a grupos que antes eram ocultos na sociedade, como a população LGBT, a população negra, a população em situação de rua, a população ribeirinha, a quilombola e de ciganos. Tais grupos, invisíveis até então, têm necessidades e demandas específicas e particulares desconhecidas pelo SUS e que não podem ser tratados com a lógica da padronização homogeneizadora, pois são populações diferentes. Existem grupos e subgrupos, não só em situação de desigualdade, mas também com especificidades muito próprias. Uma informação trazida pelo povo cigano revela que as mulheres ciganas não frequentam o SUS porque não tem garantia de serem atendidas por uma profissional mulher, já que elas só podem ser tocadas pelos seus maridos. Essa é uma questão cultural, uma questão de valor para essa população. Essas mulheres não buscam o SUS, porque não tem espaço de negociação e de respeito no centro de saúde. Sobre respeito, elas se queixam de que, quando chegam ao centro de saúde, todos escondem as bolsas, por medo de que sejam ladras, como é o senso comum.

Então, esse aprendizado fino, das particularidades, das especificidades, tem que estar presente no nosso cotidiano de serviço. E essa é também uma grande tarefa para o campo da Saúde Coletiva a ser incorporada na atenção básica e no conjunto dos serviços de uma rede. Somos nós que vamos desvelar essas condições específicas presentes na coletividade, para um reconhecimento e uma resolutividade maior, reconhecendo, naturalmente, que não tem suficiência uma abordagem, pois muito pouco é retido, como sabemos. Refinar olhares envolve vivências, reflexões e práticas permanentes. É preciso recuperar uma prática criativa do ensino da Saúde Coletiva que possa dar substância e consequência à Saúde Coletiva como uma prática e não como uma teoria ou como um campo de luta, que também é. Mas é uma prática. E a prática não pode estar submetida só a um aprendizado com a gestão ou com a vigilância epidemiológica ou sanitária. É uma prática de uma nova lógica, de uma nova ética, com tecnologias próprias para o enfrentamento dos desafios apresentados pela saúde individual, familiar e coletiva, integradas e articuladas. Essa transformação para ser consequente deve incidir no vínculo, na responsabilização dos profissionais de saúde com a sua população, na identificação precoce de riscos e vulnerabilidades. É preciso tirar o serviço de saúde do “encistamento” dos consultórios e colocar a população no seu centro, pois somente quando ela se sentir pertencida e bem atendida haverá um reconhecimento em relação ao SUS.

No meio deste grande desafio de avançar e consolidar o SUS, que nunca foi prioridade da sociedade brasileira e dos governos, é essencial colocar outro incômodo, tendo em vista a consistência e o teor deste congresso: como convencer os distintos partidos políticos para o apoio e a defesa do direito à saúde e ao SUS? Tanto os partidos da esquerda, do centro e da direita, são dissimulados, quando, em seus programas partidários, se referem ao SUS ou ao direito universal à saúde, mas em suas práticas políticas negociam facilmente e entregam facilmente todas as nossas necessidades de avançar no processo legislativo. É uma situação bastante dolorosa, porque a saúde tem sido moeda de troca barata entre gestores, entre poder Executivo e Legislativo.

E, cumulativamente, surge outra tarefa para os que estamos aqui apostando, como formadores em Saúde Coletiva: formarmos cidadãos, defensores de direitos e da democracia, formar pessoas críticas, profissionais críticos, ativos, capazes de incidir e impulsionar as mudanças na sociedade e sobre o grupo social que tratam e do qual cuidam.

Então, essa situação de hoje, aliada a essa crise política que vivemos, esse vazio de saúde em meio à ideologia partidária, essa ausência do debate, talvez mostre também – é só uma hipótese – um recuo que nós, do campo da Saúde Coletiva, tivemos na prática política e um mergulho maior na nossa produção acadêmica, na nossa atividade acadêmica. Tem muito mérito a Saúde Coletiva, que é um dos campos acadêmicos mais produtivos do país. Nós temos um grande volume de produção acadêmica e uma presença dentro da comunidade acadêmica, muito significativa. O que não é mau, pois isso também produz poder e força, mas que essa exuberância produtivista não sacrifique o ativismo que sempre ocupou papel central no sanitarismo e na Saúde Coletiva brasileira e latino-americana. A heterogeneidade dos professores e pesquisadores em Saúde Coletiva Brasil afora tem deslocado o perfil por um tecnicismo em sacrifício do compromisso e da ação política. Esse tecnicismo se espelha, por exemplo, no peso que tem a epidemiologia clínica em detrimento do campo amplo e útil da epidemiologia.

O ensino da Saúde Coletiva em diversas escolas médicas resume-se à epidemiologia clínica, abandonando a ferramenta de diagnóstico das desigualdades e iniquidades em saúde. Essa reflexão precisa ser permanente. É preciso recuperar esse sentido da Saúde Coletiva como um campo de ação política, como um campo de formação de sujeitos críticos, de cidadania, para construir de fato um projeto societário de direito à saúde e de qualidade de vida.

TEMPOS SOMBRIOS

Essa condição que hoje temos no país, que estamos acostumados a chamar de crise política ou de crise da democracia, realmente não tem precedentes. Os sombrios tempos da ditadura ocorreram no país na vigência de outra modalidade de capitalismo, outra simplificação tecnológica, mas, mesmo assim, o desrespeito e a ruptura democrática que assistimos hoje e que vêm sendo superados a cada dia são assustadores e podem imobilizar. A cada dia assistimos uma derrocada, uma violência que se impõe de todos os setores, do Judiciário, do Legislativo, do Executivo, e isso não tem tido interrupção.

O setor da saúde tem sido atingido de forma muito forte, e devemos lembrar que a derrocada não está pegando um setor pequeno, visto que o setor abrange 8,5% do PIB nacional. Apesar do baixo percentual de recursos públicos que representa menos de 4,5%, a saúde é um setor da economia muito importante. O Brasil tem hoje 9,5 milhões de empregos qualificados associados à saúde, temos um setor que provoca e produz a inovação tecnológica, que incorpora tecnologia e já avançou e produziu muito para o desenvolvimento econômico do país. Por outro lado, esse mesmo setor cada vez mais vem sendo direcionado para o mercado.

Para além dos planos de saúde, o que vem dominando atualmente a privatização da saúde no Brasil é a crescente presença do mercado financeiro, o que acarreta uma mudança na lógica de sua operacionalização pelo caminho mercadológico explícito, baseado no lucro. As relações de trabalho que se estabeleceram a partir daí foram perversas e com restritos direitos trabalhistas, conquistados e devastados nos tempos atuais. Nessa perspectiva, estarão submetidos os grupos de novos profissionais da saúde que estão se formando na atualidade, requerendo estratégias de resistência à perda de direitos.

A situação que se avizinha é muito grave. A tarefa da Saúde Coletiva não é simples, porque vai envolver um conjunto de lutas para a retomada da democracia nacional, visto que estamos vivenciando uma perda real do estado de direito. Estamos esvaziados de democracia agonizante. Temos os exemplos de arbitrariedades nas universidades federais, com policiais trajados para guerra que entram em uma instituição pública para prender gestores universitários, como foi o caso da UFMG, diante de denúncia esvaziada, com a retirada do direito de um processo administrativo. É bom esclarecer que todo funcionário público tem direito a um processo administrativo antes de ser penalizado antes de qualquer outra

instância. É inadmissível que hoje o Brasil tenha tal direcionamento de mídia com uma lavagem cerebral cotidiana das mentes dos cidadãos brasileiros, num processo de convencimento de mentiras. Isso é um absurdo absolutista abominável, porque é uma subtração da base da democracia, ou seja, o direito à informação verdadeira. A democracia não se institui dentro da falta de liberdade, de informação, de conhecimento e de ação de cidadania.

A conjuntura exige, portanto, que nossa tarefa envolva a luta por um modelo de desenvolvimento com saúde. Antes mesmo dessa luta, entretanto, é preciso resgatar nossa democracia, reedificá-la nos moldes de uma democracia radical. A primeira tarefa dessa retomada é a luta por Lula Livre e pela garantia das eleições diretas em 2018, seriamente ameaçada e aos olhos de todos nós. É preciso garantir que as verdades prevaleçam e que os partidos e candidatos possam disputar projetos para o país. É preciso lutar, não só pela garantia de eleições, mas pela urgente tarefa da ampliação da consciência política da população, para que não tenhamos uma Câmara Legislativa Federal tão retrógrada como a atual. É preciso eliminar a ausência do cidadão que não acompanha, que não vigia o seu votado. É preciso outro Congresso Nacional que dê conta de avançar e não subtrair os direitos da população.

POR UM *LOBBY* DA SAÚDE

Tenho desenvolvido uma pesquisa no interior do Congresso Nacional que analisa os campos e conflitos de interesses associados à saúde. A presença do *lobby* do capital na Casa da Democracia nacional é ultrajante. É preciso fazer contraponto e quem sabe construir um *lobby* ou *advocacy* do Movimento da Reforma Sanitária no interior do Congresso Nacional, pois é preciso avançar em uma prática política cotidiana, sem a qual não conseguiremos chegar muito longe.

Nossa luta por saúde se inscreve na defesa de políticas econômicas no caminho inverso do austericídio que vem sendo imposto ao país. Defendemos mais investimento público e empregos. É preciso reconsiderar não apenas a defesa do SUS, mas uma efetiva defesa da seguridade social e das políticas sociais, resguardando o orçamento da seguridade social, acabando com a desvinculação de recursos vinculados para a garantia de direitos.

Se a conquista da saúde requer mudança no processo de sua determinação social, é preciso garantir outras medidas: que não haja contaminação do ar, do meio ambiente; que não tenha veneno; que se reduza a produção de agrotóxicos; que mude o modelo agroexportador; que se preserve a vida das pessoas. É preciso um Estado forte para regular a presença dessas substâncias no país e fiscalizar os que colocam o lucro e o interesse da exportação acima de tudo. É preciso garantir políticas associadas ao acesso ao transporte, à segurança no trânsito, à redução do sofrimento das pessoas nas cidades, pois precisamos de cidades saudáveis. Essa meta não se pode perder enquanto Movimento da Reforma Sanitária. Se acreditamos no SUS como uma grande política de produção de justiça social, é preciso reforçar, no cotidiano, como pesquisador, como cidadão, como gestor, a importância de evidenciar, na comparação com os sistemas privatizados, uma ética de serviços humanizados e de qualidade.

E dentro desse conjunto de situações e desafios, para que se cumpra o processo de democratização e de gestão participativa no sistema, é essencial abordar a questão dos desafios da participação social. Foi instalado, no Brasil, desde o início do SUS, para dar funcionalidade a ele, um verdadeiro processo de participação institucionalizada por meio dos conselhos e das conferências de saúde. Com a Lei 141, os conselhos passam a ter funções importantes na garantia dos recursos repassados aos municípios. Esses conselhos, que ganham atribuições de gestão cada vez mais complexas, são muito, muito frágeis para esse conjunto de obrigações a eles destinadas. Essa grande fragilidade ocorre tanto na compreensão como sujeitos coletivos políticos, como na própria ação política das instâncias instituídas para o controle social. Primeiro, precisamos relembrar que os conselhos são espaços de negociação e não de oposição, sob a ótica do interesse público, e não dos grupos corporativos que cada conselheiro ali representa.

Essa é uma prática que envolve uma legitimidade muito grande de quem está ali representado e de quem é o representante. Por isso, não se pode ter conselheiros vitalícios. Da mesma forma, é preciso ter movimentos sociais ativos, que cobrem do conselho ação permanente do interesse público, precisamos de conselhos que não sejam manipulados por gestores, que monitorem decisões de conferências de saúde, que garantam que as diretrizes discutidas, em âmbito municipal, estadual, federal, sejam implementadas nas respectivas políticas e nos planos municipal, estadual e nacional de saúde. Essa ação é dar consequência à lei.

PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Com trinta anos de conselhos, com 112 mil conselheiros espalhados Brasil afora e que se reúnem mensalmente para discutir saúde – vejam que isso não é pouco –, apesar disso há evidências muito sérias de que os conselhos têm uma eficácia muito pequena como interlocutores das necessidades da população. Ultimamente, com a legitimação legal da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), o Conselho Nacional de Saúde (CNS) se enfraquece na tomada de decisão junto aos gestores e à gestão. O que houve foi o deslocamento para a CIT de todas as decisões, as quais não passam mais pelo CNS, porque a decisão que é forte é aquela que apresenta recursos financeiros e esse debate está na CIT, onde se reúnem somente gestores. Há demandas que precisam ser colocadas na pauta de nossas pesquisas. Por exemplo, analisar como as CIT operam no âmbito dos estados e qual a relação do processo do controle social; nesse caso, controle social "mesmo", sobre o gasto público, a produção de saúde, os serviços e as ações programadas em cada município.

Do meu ponto de vista, existe uma substantização do processo participativo em controle social. E isso esvazia, politicamente, a prática de participação social, visto que participação social vai além, e os conselhos acabaram se autodenominando de controle social. Isso é muito ruim, e nós temos isso instituído como uma verdade. É necessário pensar sobre isso. E por que a participação social é mais do que isso? Porque envolve uma ação permanente de democracia, de levar e considerar o interesse público, de criar outras instâncias que não apenas o conselho como instância de interlocução, de fazer negociações permanentemente com os seus representados e de, principalmente, envolver o conjunto da sociedade no debate na questão da saúde. O conjunto da sociedade envolve não só as entidades acadêmicas, CEBES, ABRASCO, Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, mas envolve também os movimentos de base, os movimentos de igreja, em uma radicalização da democracia, que possa criar uma interlocução direta entre gestores e população, em que realmente prevaleça o interesse público.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Lançamos neste congresso o documento "Saúde e Democracia: desafios para o Brasil contemporâneo". Trata-se de um documento de mobilização da sociedade, que precisa ser debatido com alunos, professores, em espaços distintos – Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde, grupo da igreja, família, grupos de amigos –, enfim, em todas nossas relações sociais, sejam pessoais, familiares e/ou profissionais. Esse documento contém um conjunto de propostas associadas aos grandes desafios atuais no campo da saúde e no Brasil contemporâneo.

"Saúde e Democracia: desafios para o Brasil contemporâneo" está com livre acesso[2] na internet para uso amplo e irrestrito. Ele deve ser utilizado como uma estratégia de resistência, porque nossa grande tarefa é realmente repolitizar a sociedade em termos de saúde e em termos do vínculo de que, para ter saúde, precisamos de outro modelo de Estado nacional, outro projeto de desenvolvimento nacional, no qual a população seja prioridade. Esse documento apresenta algumas propostas no âmbito da macropolítica, como a questão da mudança da política econômica do Brasil, que tenha no seu bojo a revisão da dívida, pois não podemos continuar determinando que quase cinquenta por cento do orçamento federal seja determinado para pagamento de serviço da dívida pública. Não há sinais de que querem receber o dinheiro principal, mas sim a continuidade da espoliação do povo brasileiro, pagando juros de dívida. Trata-se da espoliação daqueles que precisam recursos financeiros para algo, então, endividados, pagam juros sobre juros seguidamente. Esses recursos que estão sendo investidos para o pagamento da dívida devem ser aplicados em saúde.

Nós temos uma dívida eterna, um SUS subfinanciado, que, mesmo assim, ainda sobrevive e faz tantas coisas positivas para a população brasileira. É preciso aumentar o investimento público na saúde. Nosso *per capita* da saúde está abaixo da maioria dos países da América Latina, inclusive da Argentina, que não tem sistema nacional, universal de saúde. Então, é uma situação que mostra o engajamento dos trabalhadores de saúde e dos gestores do SUS para manter esse sistema com tão poucos recursos financeiros.

---

[2] Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/noticias/movimentos-sociais/manifesto-em-defesa-do-sus-saude-e-democracia-desafios-para-o-brasil-contemporaneo/33154/

Dentro dessa macropolítica, necessitamos outra política econômica, que tenha também o compromisso com as políticas sociais. Por outro lado, essas políticas sociais não andarão nos próximos vinte anos, se não for revogada a Emenda Constitucional 95/2016. Essa revogação precisa ser uma bandeira de luta, exigir a revogação imediata, pois ela é "a pá de cal" que coloca sob forte risco o SUS. Obviamente, precisamos de reformas – fiscal, tributária, política – que devem estar sob debate nesse grande processo.

Viva o CEBES! Por Democracia e por Saúde como direito para todos e todas!

3. TRINTA ANOS PÓS-CONSTITUIÇÃO CIDADÃ/1988: QUAL POLÍTICA DE SAÚDE PREVALECE?

Nelson Rodrigues dos Santos[1]

INTRODUÇÃO

Entre os modelos de atenção à saúde que podem coexistir em cada país e sociedade, constatamos os dois que se sobressaem na realidade brasileira, sob os objetivos deste texto: i) "modelo tradicional", polarizado pelo atendimento diagnóstico-terapêutico de doenças já instaladas ou agravadas, com maior custo unitário, destinado a demandas crescentes e, dependendo do país, com agravamentos decorrentes de esperas de semanas, meses e até mais de ano, muito sensível aos interesses do mercado da assistência aos doentes, que é o modelo com maior paradigma nos EUA; e ii) "modelo direito de cidadania", polarizado pelas ações de Atenção Básica ou Primária à Saúde, que integra simultaneamente a promoção da saúde, a proteção às situações de riscos à saúde, os diagnósticos e tratamentos precoces e o cuidado continuado aos portadores de doenças crônicas e egressos de intervenções clínicas e cirúrgicas mais densas. Sua realização na prática é condicionada ao rápido e fácil acesso das comunidades aos serviços e das equipes de saúde à comunidade.

Assim sendo, a Atenção Básica é resolutiva para 80-90% do atendimento, com a responsabilidade de assegurar encaminhamento oportuno para assistência curativa específica de média ou alta densidade tecnológica, ambulatorial ou

---

[1] *UNICAMP* e *IDISA*.

hospitalar, aos 10-20% que dela necessitar. Esse modelo é largamente hegemônico a partir da 2ª guerra mundial, na maioria dos países europeus, Canadá, Japão e outros, sob reconhecidas variações com as realidades históricas, socioeconômicas e culturais de cada um, ou mais *beveridgianos* ou *bismarckianos*, sendo o Estado mais provedor, mais executor ou mais regulador. Nesses países, a implementação do "modelo direito de cidadania" teve adesão consistente pela maioria da população e, em poucas décadas, obteve alto grau de irreversibilidade como política pública de Estado, que vem convivendo em equilíbrio dinâmico com o "modelo tradicional" preferido e utilizado por minoria da população. Os indicadores acumulados de eficácia social, custo-efetividade e satisfação/participação da população são fartos a favor dos sistemas públicos universalistas de saúde quando comparados aos modelos hegemonizados pelo mercado. Vale destacar que os valores subjacentes aos jargões populares "mais vale prevenir do que curar" e "curar as doenças no início do que já avançadas" estão no âmbito dos valores gregários da qualidade de vida, alteridade e solidariedade, os quais se desenvolvem milenarmente no processo civilizatório humano. Trata-se simplesmente de opção por valores e modelos atrelados aos direitos de cidadania, que antecedem e orientam a construção da eficácia social, da gestão pública, da relação custo-efetividade, relações com o mercado etc. Voltaremos aos valores civilizatórios na segunda e terceira parte deste texto.

O sistema público de saúde inglês, com 20 a 30 anos de implementação, já era referência internacional, inclusive para o nascente Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) nos anos 70. Abordaremos a seguir os conflitos e disputas em torno de modelos de atenção na área da saúde. Simultaneamente, aos 30 anos do SUS, vem se desenvolvendo, no cenário internacional, os 30 anos da "Austeridade Fiscal", imposta às políticas sociais pelo sistema financeiro globalizado, o que vem abalando, sob diferentes formatos, os sistemas públicos de saúde dos países referidos anteriormente. O "modelo tradicional" agora "modernizado" pela dinâmica da acumulação exponencial da especulação financeira envolve as empresas de seguros privados de saúde, indústria monopolista de medicamentos e equipamentos em saúde, redes de hospitais privados e outros ramos. Contudo, não vem conseguindo, até o momento, desestruturar as vigas mestras dos citados sistemas públicos universalistas de saúde. Em nosso país, o "modelo direito de cidadania" consta na Constituição Federal/1988 com redação mais detalhada do que nos próprios países de origem.

POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL: QUESTÕES E DESAFIOS – PARTE 1

A Política Pública de Saúde no Brasil é uma política de Estado explicitada na Constituição Federal e nas leis 8.080 e 8.142, de 1990, com base em "inusitada legitimidade", que resultou do crescente debate democrático na sociedade iniciado nos anos 70 e avançado nos 80, pelo MRSB e Movimento Municipal de Saúde, pelos impactantes simpósios nacionais sobre Política de Saúde na Câmara dos Deputados Federais (1979 e 1982), pela assunção de decisivas direções na saúde previdenciária, por lideranças do movimento da Reforma Sanitária, pela 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), Comissão Nacional da Reforma Sanitária (1987), Assembleia Nacional Constituinte (1987/1988) e pelo Congresso Nacional (1889/1990). Proporcionou, com legitimidade inusitada, profunda mudança estrutural na política pública de Estado, ao lado de outras mudanças estruturais vinculadas aos direitos sociais de cidadania consagrados no Art. 6 e no Título da Ordem Social da Constituição-1988, que assegurou para a sua realização o fundamental Orçamento da Seguridade Social (OSS).

Antes, o "modelo tradicional" ambulatorial e hospitalar cobria aproximadamente metade da população, com assistência médica privada liberal em consultórios privados e Santas Casas ou através dos antigos institutos da previdência e assistência social por categoria, além das campanhas federais de controle de doenças transmissíveis específicas. A outra metade da população, no entanto, permanecia desassistida ou subassistida por iniciativas filantrópicas. A partir de 1988, ficaram constitucionalizados os direitos de cidadania e a construção do modelo de saúde universalista, a integralidade e a equidade, orientadas pela diversidade regional, descentralização e participação comunitária.

A partir de 1990, com a aprovação das leis 8.080 e 8.142, sua aplicação viu-se na prática, perante o desafio da formulação de estratégias implementadoras na construção do novo modelo, só possível de forma gradativa e construtiva, frente aos interesses herdados da hegemonia do modelo anterior. Na prática, então, como vem sendo o desenvolvimento do desafio dessas estratégias que implementam a Constituição nos 30 anos do SUS? E como ocorre o desenvolvimento, também nesses 30 anos, da adequação dos interesses particulares do "modelo tradicional"

historicamente acumulados? E, hoje, quais as perspectivas, os desafios maiores e rumos críveis e esperançosos?

São questões de complexo processo de crescentes análises e buscas ao longo desses 30 anos, que desafia a militância do direito universal à saúde. Dois exemplos: os 75% da população (150 milhões) que dependem somente do SUS permanecem com pouca adesão, valores e mobilização à altura da relevância da conquista legal; a comprovada expansão da Atenção Básica, do atendimento às urgências, da atenção especializada, das imunizações etc. não mudam o modelo tradicional, permanecendo a saúde a maior queixa da população (ABRASCO, 2018). Entre as incontáveis análises e recomendações que muito se acumulam nos eventos e publicações neste período, retomamos discricionariamente cinco, visando aclarar um pouco mais essas buscas. Referem-se às políticas e estratégias imbricadas entre si, de atividades meio (estruturas) e finalísticas (junto à população): 1 – financiamento; 2 – gestão dos recursos humanos necessários; 3 – atenção básica: seu desafio da universalidade com qualidade, efetividade e resolutividade; 4 – regionalização do sistema; 5 – potencial estratégico dos avanços possíveis acumulados.

1. Financiamento

Quinze países com melhores sistemas públicos de saúde universalistas colocam, em média, 7 a 8% do Produto Interno Bruto-PIB, enquanto que, nos 30 anos do SUS, permanecemos com 3,8%, devido à obstinação federal de não ultrapassar sua parcela de 1,7%, com crescimento só pelos Estados e Municípios. Isso mantém nosso *per-capita* do SUS, em dólares padronizados pelo poder de compra, entre 1/5 e 1/6 do praticado naqueles países.

Esse subfinanciamento federal, que reduziu entre 1/3 e 1/2 o valor inicialmente indicado e determinado pela Constituição, vem se dando uniformemente neste período de 30 anos do SUS, como política e estratégia em todas as conjunturas e coligações políticas. Iniciou com o descumprimento da indicação constitucional de 30% do Orçamento da Seguridade Social (OSS) para o SUS, vindo até a EC-95/2016, que trocou a vinculação à receita pela inflação; passou pela subtração do Fundo da Previdência Social da base de cálculo, pelo desvio da CPMF criada para o SUS, pela criação da Desvinculação de Receitas da União (DRU), pela imposição da EC-29 no lugar do PEC-169, pela pressão da esfera

federal para retirada de pauta dos 4 projetos de Lei apresentados e debatidos em 2004, 2007, 2012 e 2013, que destinavam 10% da Receita Corrente Bruta (RCB) ao SUS que acrescentavam somente 0,7% do PIB (vinculados ao planejamento e à orçamentação ascendentes, ao fortalecimento e à expansão da Atenção Básica às necessidades e aos direitos da população, além da priorização da equidade e regionalização, com vistas ao resgate da construção do "modelo direito de cidadania") e pela EC-86/2015, que reduziu o patamar mínimo federal ao SUS. Entre 2002 e 2017, a participação federal no financiamento do SUS permaneceu caindo, passando de 52 para 43%, enquanto a municipal subiu de 25 a 30% e a estadual, de 22 a 25% (SIOPS, 2017; BRASIL, 2012; BRASIL 2015).

Essa política de Estado, com base no baixíssimo investimento federal na expansão da rede física própria, levou o governo federal a estender os contratos e convênios com a rede privada muito além do caráter complementar pactuado na Constituição. Isso chegou ao ponto de, hoje, por volta de 65% das hospitalizações e mais de 90% dos exames diagnósticos e tratamentos especiais pelo SUS serem realizados na rede privada e pagos pela gestão do SUS, segundo tabela que privilegia serviços e tecnologias mais sofisticados de médio e alto custo. É oportuno lembrar que a maioria dos países com sistemas públicos universalistas de saúde bem-sucedidos vale-se, excepcionalmente, de alguma forma de contratos de serviços privados complementares, de comprovado interesse público, que efetivam funções como se públicos fossem e como tal são regulados, o que nos remete ao cotejo de como se desenvolveu a hegemonia na sociedade e no Estado em nosso país nos últimos 30 anos.

Essa mesma política de Estado, ao guiar o Ministério da Saúde no subfinanciamento do SUS, guia também o Ministério da Fazenda, da Casa Civil e o de Planejamento/Orçamento/Gestão, na produção de três polpudas formas de subsídio público à oferta e ao consumo no mercado de serviços de saúde, com valor total correspondente a mais de 40% do orçamento do Ministério da Saúde. Primeira: somente a renúncia fiscal anual no Imposto de Renda (pessoa física e jurídica) ao mercado das empresas privadas de planos e seguros de saúde tem valor maior que 150% da soma do lucro líquido legalmente por elas declarado, ou seja, o Estado banca a rentabilidade desse ramo empresarial; segunda: a esfera federal cofinancia planos e seguros privados para os servidores e empregados públicos da administração direta e indireta dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário; terceira: o ressarcimento, previsto em lei, das empresas de planos

e seguros privados de saúde à gestão do SUS dos valores correspondentes ao atendimento pelo SUS dos seus segurados é praticado apenas simbolicamente. Consequentemente, os 25% da população que consomem planos privados de saúde tem seu *per capita* total para saúde 4 a 6 vezes maior que o dos 75% que dependem somente do SUS (ABRASCO, 2018).

Quanto ao referido desinvestimento na rede física própria do SUS, torna-se chocante a comparação com os elevadíssimos empréstimos altamente subsidiados com recursos públicos do BNDES, entre 2007 e 2011, a empresas de planos e seguros privados para construção de seus hospitais próprios. E também para hospitais privados de grande porte mais sofisticados em três capitais, que dobraram sua estrutura física. Essa real "política de Estado" de financiamento do sistema público e do mercado na saúde não constou no debate constitucional e da Lei Orgânica da Saúde nos anos 80, nem no pacto social subjacente. É inversa à política de Estado dos quinze países referidos inicialmente, com sistemas públicos universalistas, em que, em média, 75% dos gastos totais em saúde são de origem pública e 25% de origem privada, quando em nosso país ocorre o inverso – 42% e 58% – similar aos 48% e 52% dos EUA (OMS, 2010).

Essa política de Estado desconsidera também os resultados de importantíssimas e respeitadas pesquisas e análises econômicas internacionais e nacionais, referentes aos multiplicadores fiscais, em que, para cada unidade monetária investida na saúde, o PIB no Brasil cresce 1,7 unidades (nos países europeus, EUA e Japão, cresce 3 unidades) (OLIVEIRA *et al.*, 2018). Não é demais lembrar que esta política e estratégia, se aplicada nos quinze países já apontados com os melhores sistemas de saúde universalistas, não sustentaria a continuidade do desempenho e do impacto positivos lá contemplados.

2. Gestão dos recursos humanos necessários

A gestão dos recursos humanos necessários representa eixo estruturante decisivo para a realização desse direito de cidadania. Os fundamentos e as estratégias para a formação e gestão dos recursos humanos foram amplamente debatidos em todo o processo sociopolítico que gerou o SUS, em especial na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), na Comissão Nacional da Reforma Sanitária (1987), na Assembleia Nacional Constituinte (1988) e nos Conselhos de Saúde. Inclusive pela perspectiva de que os trabalhadores de saúde do SUS de

todos os estratos sociais (servidores e empregados públicos e empregados dos serviços privados complementares) também estavam com seu direito de cidadania à saúde garantido pela Constituição por meio do SUS. Deve ser lembrado que, nos debates de 1986/1987/1988, todas as federações dos trabalhadores sindicalizados posicionaram-se claramente a favor da aprovação do SUS, também como conquista das classes trabalhadoras. Na época, nas microrregiões de concentração de grandes empresas industriais na grande São Paulo e grande Rio, paralelamente à assistência médica previdenciária, iniciava-se a cobertura de assistência médica pelos "convênios-empresa" de "medicina de grupo", os primeiros planos privados de saúde. E as federações sindicais expressavam a disposição de adesão ao SUS, destacando a imperiosidade das suas diretrizes constitucionais serem efetivamente cumpridas.

Esse amplo e hegemônico debate constitucional levou naturalmente às grandes e inéditas conquistas legais de constar no Art. 200 da Constituição a competência do SUS para atribuição de ordenar a formação dos recursos humanos na área da saúde. No Art. 15 da Lei 8080/90, a competência das três esferas de governo para a atribuição de participar na formulação e execução da política de formação e no desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, e mais os artigos 27, 28 e 30. E, no Art. 4 da Lei 8142/90, a implantação de planos de cargos, carreiras e salários (PCCS) pelos gestores descentralizados como condição para recebimento dos repasses financeiros.

Contudo, desde os anos 90, paralelamente ao subfinanciamento, revelou-se também, na área dos recursos humanos essenciais ao SUS, a desresponsabilização federal. Restou a insuficiência dos recursos próprios municipais e estaduais para o custeio das obrigações legais no desenvolvimento dos recursos humanos para o SUS, permanecendo inviável a realização suficiente dos concursos públicos, dos PCCS, da educação permanente e dos demais pressupostos da imprescindível política pública de recursos humanos. Esse impedimento ao SUS teve golpe final com artigo da Lei da Responsabilidade Fiscal/2000, que limitou drasticamente a expansão do pessoal municipal de saúde. Ademais, permanece até hoje a ausência de critérios adequados ao SUS para vagas de residência médica, assim como especializações e estágios para todas as profissões na área da saúde (ABRASCO, 2018).

Para cumprir, de algum modo, sua responsabilidade legal da descentralização da gestão do atendimento às demandas da população, os municípios viram-se

obrigados a comprar, de empresas privadas fornecedoras de recursos humanos, a alocação de pessoal de saúde nas unidades públicas municipais, com valores compatíveis com os baixos repasses federais. Sob o argumento de baixo custo para viabilização do SUS, também no ano de 2000, a esfera federal aprovou a lei criadora das Organizações Sociais (OS), novos entes privados prestadores de serviços em unidades públicas de saúde (básicas, ambulatoriais, laboratoriais e hospitalares), com o pretexto de parcerias para atender com menores custos. Na prática, as OS são, em regra, uma função que, há quase vinte anos, vem camuflando a postergação da realização das diretrizes constitucionais da equidade e integralidade no processo da construção da universalidade. Além do mais, em muitas situações, participam de desvios para enriquecimentos ilícitos e financiamentos de campanhas eleitorais.

Como no caso dos serviços privados complementares, há operações similares às OS em países com sistemas públicos de saúde universalistas bem-sucedidos, mas sempre em situações excepcionais, funcionando como se públicas fossem. Aqui também somos remetidos ao cotejo de como se desenvolveu a hegemonia em nossa sociedade e Estado nos anos 80 e como se desenvolve nos últimos 30 anos. Da mesma maneira que na questão da política e estratégia do financiamento, também a dos recursos humanos, se aplicada naqueles quinze países, seguramente não sustentaria a continuidade dos direitos de cidadania lá contemplados. Quanto ao "Mais Médicos", para fins deste texto, destacamos o enorme impacto e a adesão da sociedade com o atendimento de qualidade e justo à população "SUS-dependente", assim como o início da articulação MS-MEC, porém desnecessários, caso, aos 23 anos do SUS, as diretrizes constitucionais, das leis 8080 e 8142, de 1990 e das Conferências Nacionais de Saúde estivessem em real implementação.

3. Atenção Básica: seu desafio da Universalidade com Qualidade, Efetividade e Resolutividade

Na Introdução, para fins deste texto, ficou exposta a conceituação de Atenção Básica. Este "coração" do "modelo direito de cidadania" tem raízes em nossa sociedade, que devem ser lembradas perante os atuais desafios da construção e realização de todo o sistema. Vem se acumulando em nosso país, desde os anos 70, quando crescentes iniciativas da esfera municipal em cidades médias e grandes,

dirigiam-se à atenuação da inusitada tensão social gerada nas periferias urbanas, em decorrência da pauperização e massiva migração rural-urbana iniciada ao final da década anterior.

A essas iniciativas agregavam-se crescentemente jovens profissionais das várias áreas da saúde e sanitaristas desejosos de novas políticas de direitos sociais. A Conferência Mundial da OMS de Alma-Ata, em 1978, formulou e promoveu os pilares conceituais e operacionais da Atenção Primária à Saúde. E veio legitimar, enriquecer e fortalecer o que no Brasil já era prática em plena construção, com intenso intercâmbio de experiências municipais nas várias regiões do país, contra-hegemônica, mas consistente.

No decorrer dos anos 80, ficaram consignadas e testadas as grandes questões da implementação da Atenção Básica na realidade brasileira, até hoje presentes: das necessidades e direitos da população, da equipe multiprofissional, dos agentes comunitários de saúde, da atenção integral, da porta de entrada, da aderência e fixação dos profissionais à população, do acesso, dos locais das atividades (UBS e comunidade), da adscrição da clientela e outras. A crescente organização das Secretarias Municipais de Saúde em todos os estados, com intenso intercâmbio, resultou nos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde em cada Estado-COSEMS, que, ao final da década, fundaram o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

Após a aprovação das leis 8080/90 e 8142/90, ao contrário do esperado, a esfera federal inicia a retração da sua contrapartida no financiamento do SUS e opera a compra de serviços prestados pelos municípios e estados. Apesar dos pleitos do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do CONASEMS em debater a construção do novo modelo constitucional para a saúde, somente em 1994 o MS aceita formalmente debater e aprovar com os gestores descentralizados a Atenção Básica enquanto estratégia fundamental na construção do SUS. Mas a efetivação dessa estratégia permanece no baixíssimo patamar imposto pela política de recursos humanos, extremamente retrógrada anti-SUS, e, principalmente, pelo subfinanciamento muito aquém do mínimo necessário para a construção da integralidade e equidade no rumo da Universalidade (ABRASCO, 2018).

Nos países que realizam o "modelo direito de cidadania", 65% do financiamento público na saúde, em média, é destinado à Atenção Básica, e 30% à assistência hospitalar, enquanto que, em nosso país, se dá o inverso: 30% e 65%. E permanece o desafio já com 30 anos: expandir a cobertura com alguma ação

de saúde por cidadão ao ano, com equipe de saúde desfalcada e parcos recursos, com baixa resolutividade, ou expandir a Atenção Básica integral de qualidade e resolutiva aos 75% da população (mais de 150 milhões) que não têm meios de pagar plano privado de saúde, que vivem nas periferias urbanas, em municípios menores e na zona rural. Aí está a maioria da classe média baixa, com renda mensal entre 2 e 5 salários-mínimos, os pobres entre 1 e 2 salários-mínimos e os miseráveis, abaixo de 1 salário-mínimo. Desafio não menor é expandir também à classe média média, com renda mensal entre 5 e 10 salários-mínimos, 15% da população (mais de 30 milhões), que inclui toda a estrutura sindical e suas centrais, também consumidores de planos privados assistenciais, cujo campo maior de pleitos em saúde nos 30 anos do SUS vem sendo os dissídios coletivos na Justiça do Trabalho.

O apoio dos trabalhadores organizados e sua mobilização por um SUS resolutivo de qualidade e acolhedor foi decisivo, com base na história da criação e desenvolvimento dos sistemas de saúde universalistas nos 15 países já referidos e na maioria dos 36 membros da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). No Brasil, foi assim até o final dos anos 80. Quanto à implementação da Atenção Básica sob as condições referidas em nosso país, predominam largamente resultados possíveis nos limites dos programas de menor custo, focalizados nos grupos populacionais mais excluídos ou de maior tensão social, e compensatórios, por se concentrar nos sintomas e nas consequências, com poucas condições de assumir o processo da atenção integral e equitativa à saúde da população. Essa é a real e efetiva política e estratégia federal para a Atenção Básica (ABRASCO, 2018).

Esses limites impostos pelas estratégias dominantes predominam há 30 anos, mas não há como evitar a emergência de inúmeras situações no território nacional, permeáveis a alguma forma de realização mais avançada dos pressupostos da Atenção Básica segundo os direitos de cidadania, ao que retornaremos mais à frente neste texto, nos avanços possíveis acumulados. A seguir destacaremos a inusitada capacidade produtiva de ações e serviços de saúde pelo SUS nos seus 30 anos. Com parquíssimos recursos e política federal extremamente retrógada de recursos humanos, os gestores descentralizados e os trabalhadores de saúde, desde o início, intensificam exaustivamente o atendimento em função dos direitos de cidadania e da universalidade, evitando repressão da demanda. Isso foi o que gerou a inclusão, nos anos 90, de quase metade da população excluída, antes

do SUS, de qualquer atendimento em todas as regiões do país, mas mantendo a esperança e os esforços possíveis na construção da integralidade e da equidade. A assunção da atenção básica e integral pelos municípios – pré-SUS e a diretriz constitucional da Descentralização –, além da inusitada inclusão em uma década, ainda que sob o predomínio do modelo tradicional, resultou grande impacto nos níveis de saúde da população (ABRASCO, 2018).

Pesquisadores de outros países e de agências internacionais já revelaram admiração pela alta capacidade produtiva e eficiência da nossa gestão descentralizada e trabalhadores do SUS com tão parco financiamento e atrasada gestão de recursos humanos: ao ano, por volta de 3 bilhões de ações de Atenção Básica e 2 bilhões de atendimentos especializados, incluindo mais de 600 milhões de exames radiológicos e laboratoriais, por volta de 15 milhões de seções de radio-quimioterapia, 11 milhões de hemodiálises, 10 milhões de internações, 25 mil transplantes e outros. Mas se impõe a grande dúvida se essa grande produtividade e eficiência está acompanhada, nesses 30 anos, pelo crescimento da eficácia social definida e prevista com a implementação do "modelo direito de cidadania" com as diretrizes do SUS.

Permanece o desafio da Atenção Básica na construção do novo modelo, com seu crucial objetivo estratégico de três décadas, o de realizar a meta de cobrir 90% da população por ações integrais e resolutivas de promoção da saúde, proteção de riscos e diagnóstico/tratamento precoces e, por consequência, produzir uma drástica redução das situações de diagnóstico/tratamento tardios, comprovadamente evitáveis, de maior custo financeiro unitário e sofrimento para os doentes. Há indicadores muito significativos e preocupantes em relação à implementação dessa meta. A título de exemplos, temos: esperas de 1 mês a mais de 1 ano para consultas e exames diagnósticos mais sofisticados; o câncer de útero, cuja mortalidade é 5 vezes maior e a sobrevida pós-tratamento é 5 vezes menor do que nos países como Canadá e outros. Também nossas esperas para início de tratamento após o diagnóstico de câncer, com média de 2-3 meses para quimioterapia e acima de 4 meses para radioterapia. Mais agravamentos evitáveis são gerados pelas esperas de meses a anos em relação às cardiopatias, às insuficiências renais e aos acidentes vasculares cerebrais ligados à hipertensão, diabetes, infecções, falhas alimentares etc. e também às artroses coxofemorais, lombalgias e outras. Todas cronificando, prolongando grandes sofrimentos, incapacitando para o trabalho e rebaixando a qualidade de vida, inclusive dos familiares. Recente estudo realizado pelo Instituto

de Saúde Coletiva da UFBa, Universidade de Stanford, EUA, e Imperial College, Londres, relaciona a nossa EC-95/2016 (congela os gastos federais com o SUS de 2017 a 2030 incluindo a AB e a paralisação do "Mais Médicos") à expansão e ao agravamento de doenças, incluindo 100 mil óbitos evitáveis.

Um milhão é o número estimado de cirurgias em fila de espera entre semanas e anos. Cremos oportuna a lembrança de refrão frequente, repetido com angústia por representantes dos gestores descentralizados perante os gestores federais: "Na gestão municipal do SUS, a assistência às urgências e aos casos de maior gravidade consomem recursos com prioridade inapelável perante a Lei e a pressão da comunidade e, com os parcos repasses de recursos federais, a Atenção Básica oportuna e efetiva permanece com recursos extremamente insuficientes, o que gera sempre mais casos urgentes e graves sabidamente evitáveis, fechando perverso e sofrido ciclo vicioso". Os exemplos mencionados integram um conjunto maior de constatações objetivas e avaliações nos 30 anos do SUS, com evidente e crescente predomínio de diagnósticos e terapias tardios evitáveis de médio e alto custo, encontrando-se aí o real e enorme desperdício no sistema público, o que tornou inadiável o reconhecimento de qual modelo de atenção vem sendo efetivamente implementado em nome dos preceitos constitucionais.

Em que volume, formato e qualidade as ações e serviços públicos de saúde vem chegando a cada segmento da população nestes 30 anos? Qual a prática do significado da Atenção Básica para cada um? Com Integralidade e Equidade? Neste período, o processo de efetivação da Atenção Básica como maior eixo estratégico da construção do novo modelo de atenção vem se impondo e estamos apenas diante da questão de tempo?

4. Regionalização do Sistema

Esta quinta política e estratégia – Regionalização do Sistema – foi tomada para fins deste texto por enunciar, já no caput do Art. 198 da Constituição, a unicidade do nosso sistema público de saúde, vinculada à rede regionalizada e hierarquizada, da qual decorrem as diretrizes da descentralização, integralidade e participação da comunidade. Este enunciado representa a síntese extremamente lúcida dos debates e buscas do MRSB, que passaram pelos encontros de secretarias municipais de saúde (anos 70 e 80), simpósios nacionais de políticas de saúde (1979 e 1982), pela 8ª Conferência Nacional (1986), Comissão Nacional da

Reforma Sanitária (1987), Assembleia Nacional Constituinte (1988) e pelas leis 8080 e 8142 (1990). Constaram nesses debates: as práticas municipais de atenção primária, da universalidade, integralidade e equidade; a interação do Ministério da Saúde e o do Ministério da Previdência e Assistência Social a partir de 1980, com os ricos avanços das Ações Integradas de Saúde (1983) e Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde(1986). E também a observação da experiência acumulada nos países que consolidavam sistemas nacionais de saúde públicos universalistas, nos quais a menor célula territorial e populacional é a Região de Saúde, que reproduz o sistema nas realidades regionais: populacionais, socioeconômicas, epidemiológicas, capacidade dos serviços e acessibilidade. Isso porque a complexa execução da diretriz da integralidade está condicionada à estratégia única definida conjuntamente pelas três esferas de governo em cada Região de Saúde.

Desde o início dos anos 90, no entanto, o Ministério da Saúde, sob o peso da política econômica, além de não cumprir a esperada parcela federal no financiamento do SUS, adotou a forma de compra de serviços prestados pelos estados e municípios no modelo do antigo INAMPS. Isso compeliu os gestores descentralizados a organizar seus procedimentos administrativos e financeiros como prestadores de serviços em cumprimento das Normas Operacionais Básicas do MS e iniciar algum compartilhamento na gestão somente em 1993. Com o imenso sufoco dessa distorção federal e, principalmente, sob o desafio de dar conta da vultosa demanda historicamente reprimida, as circunstâncias para a construção da regionalização estavam postergadas.

Em 1995, preocupados com essa postergação, o CONASS e OPAS organizaram e realizaram concorrida oficina de trabalho sobre a regionalização, com a participação do CONASEMS e MS, que resultou em análises e recomendações debatidas e aprovadas por todos, as quais foram incisivas para o início de formulações conjuntas e estratégias de implementação dessa diretriz constitucional. O MS, que sediava e coordenava a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), desconsiderou na sua pauta aquelas recomendações na época sob a justificativa de que não haveria recursos federais adicionais.

O esforço pela regionalização voltou ao debate entre 2003 e 2013, com os quatro projetos de lei para elevação da parcela federal a 10% da receita corrente bruta (acréscimo de 0,7% do PIB), já abordados, todos vetados pela área econômica federal com controle fisiológico do Legislativo. Restou, porém, saldo marcadamente positivo na acumulação de experiência na gestão descentralizada e

pactuação no SUS – municipal, estadual e intermunicipal –, o que enriqueceu as pautas na maioria dos COSEMS, no CONASEMS e CONASS. Esse saldo positivo estende-se à nova e grande rede institucional articulada entre a CIT, as CIBs, as CIRs, os conselhos de saúde nas três esferas, além dos conselhos nacionais da Justiça e do Ministério Público (com áreas da saúde), nos últimos anos, entre outros. Contudo, esse saldo positivo permanece se desenvolvendo no espaço contra-hegemônico estatal tripartite conflituoso e tenso, perante as derrotas impostas pelas políticas de Estado "Federais". Esse saldo positivo aponta para a implementação da regionalização com gestão pactuada permanentemente entre os municípios integrantes e o Estado, para realizar uma gestão regional sob modalidade consorcial ou outra, não recebendo autonomia de "4ª esfera federada". Mais à frente retornaremos ao que entendemos por políticas de Estado "federais" nos últimos 30 anos. Temos a grande diversidade regional de país continental com 27 estados, 5.570 municípios (3.890 abaixo de 20 mil habitantes e 1390 abaixo de 5.000) e proposta atual de 436 regiões de saúde, com desejável redução para menos de 300, considerando o grande crescimento da densidade populacional em extensas periferias urbanas. Legalmente, resta de positivo para a regionalização o Decreto 7508/2011 e a Lei 141/2012, quase nada efetivado, mas na condição de legítimos e potentes patamares técnicos e conceituais para especial mobilização dos gestores descentralizados, dos conselhos de saúde e da militância da reforma sanitária brasileira (CONASEMS, 2019). Pressupostamente, essa mobilização somente gerará mudanças efetivas quando atingir entidades da sociedade, as comissões de saúde, "frentes" do Legislativo e projetos de governo do Executivo.

Para essa mobilização e debates, cremos que devem ser encaradas questões cruciais, pendentes até hoje, por exemplo: por que aos 30 anos do SUS, os critérios de rateio dos repasses federais aos estados e municípios não são pautados pelas necessidades e pelos direitos da população municipal e regional, definidos pelo planejamento e orçamentação ascendentes (Lei 8080/90, Art. 36 e Lei 141/2012)? Por que, após as NOBs, o MS criou as "caixinhas" de repasses que chegaram a mais de 200, negociadas uma a uma com os 27 estados e 5.570 municípios? E por que só a partir de 2006 o MS assumiu pactuar os repasses por blocos? Por que somente a partir da EC-95/2016, que constitucionaliza regressão do financiamento federal do SUS perante o crescimento da população e dos custos das compras públicas em saúde, é permitida a simplificação dos repasses federais

em dois blocos – investimento e custeio? Há viabilidade e perspectiva de vontades políticas para contrapor, ainda que por etapas, a efetiva implementação do Decreto 7508/2011 e da Lei 141/2012?

Subjacente à real possibilidade histórica de construção da hegemonia do modelo "direito de cidadania à saúde", torna-se imperiosa a constatação, aqui resumida, de que o real desenvolvimento de cada uma e do conjunto das quatro vigas mestras – Financiamento, Gestão dos Recursos Humanos, Atenção Básica e Regionalização – está há 30 anos voltado para a construção da hegemonia do modelo tradicional "modernizado". Esta real hegemonia vem sendo construída uniformemente durante todos os mandatos presidenciais e respectivas coligações políticas e partidárias, até nossos dias, ao largo das oscilações do acesso da militância SUS a funções de alta direção na esfera federal.

5. Potencial estratégico dos avanços possíveis acumulados

É oportuno considerar que, apesar dos significativos avanços possíveis, nas pesquisas de opinião a desatenção ao direito à saúde nos serviços públicos e privados, vem constando como primeira crítica da população às responsabilidades dos governos. Recente pesquisa encomendada pelo Conselho Nacional de Justiça aponta crescimento de 131% do número de ações judiciais nos serviços públicos e privados de saúde entre 2008 e 2017, sobressaindo-se medicamentos, órteses/próteses e exames/procedimentos. O respectivo gasto público das três esferas com ações judiciais nesse período, concentrado nos estados e municípios, ficou estimado em $7 bilhões. Uma questão preocupante é a transferência da gestão do SUS para a gestão jurídica, o que deve ser visto também sob o ângulo do esgotamento das políticas e estratégias federais de manter e modernizar o "modelo tradicional", ainda que isso demande tempo imprevisível de análises, formulação de estratégias e mobilizações.

Descontando a crescente e perversa articulação lobista entre a indústria (medicamentos, equipamentos, órteses, próteses, materiais especiais etc.), com a medicina e advocacia especializadas, que abocanham boa parte dos estimados $7 bilhões públicos, há o lado da última chance de crescente número de cidadãos ter seu direito atendido. Em contraposição, o primeiro avanço estruturante constatado na prática é a realização da Atenção Básica com resolutividade de 80 a 90% em inúmeros locais e microrregiões no território nacional, com circunstâncias

e características favoráveis e/ou excepcionais para a atuação de gestores, equipes de saúde de família, demais trabalhadores de saúde, equipes de apoio matricial, infraestrutura física e suporte de referências especializadas, não raro em integração com atividades acadêmicas. Esse avanço só se dá nessas condições favoráveis que são exceções no território nacional e acontecem em todas as macrorregiões. Trata-se de verdadeiras ilhas ou nichos que resistem e avançam nos limites do possível, muitos retrocedendo, mas simultaneamente sendo substituídos por outros similares que surgem em outros locais, sempre com grande apoio e participação da população.

No território nacional, o mesmo vem ocorrendo na área da saúde mental com os Centros de Atenção Psico-Social (CAPS), serviços pré-hospitalares de urgências-emergências (SAMU), Centros Regionais de Saúde do Trabalhador (CEREST), hemocentros, no controle da AIDS, na Vigilância em Saúde, nos transplantes de órgãos e tecidos, entre outros. Impedidas pela hegemonia na política de Estado nos últimos 30 anos, não há circunstâncias favoráveis à realização desses vários exemplos de nichos ou ilhas acontecerem simultaneamente em uma mesma região, o que seria a totalização do SUS na pressuposta região (ABRASCO, 2018).

O conjunto desses nichos ou ilhas e sua resistência e insistência em se realizar nestas três décadas estão lastreados em postura de adesão, há mais de duas gerações, de milhares de gestores descentralizados e de muitas centenas de milhares de trabalhadores de saúde, que contagiam até mesmo terceirizados precarizados. Adesão esta, plasmada na prática diária de atenção aos usuários e sabedores das diretrizes do SUS centradas na solidariedade e nos direitos de cidadania, inclusive nos conselhos locais e municipais de saúde. É o que entendemos por "militância SUS". Expressão visual comprobatória dessa lembrança são as mostras de experiências bem-sucedidas, inúmeros painéis com fotos, tabelas e informações de projetos de promoção, proteção e diagnóstico/tratamento precoce e acompanhamento de crônicos, nos segmentos mais vulneráveis da população, orgulhosamente expostos e explicados por representantes dos trabalhadores de saúde e dos usuários, durante os congressos dos COSEMS e CONASEMS. A resistência e insistência por 30 anos desse imenso conjunto de ilhas ou nichos provam e testemunham a real possibilidade de realizar o modelo de direitos de cidadania. São lentes ou ângulos por onde é visto o conjunto nacional das atividades diárias, realizadas sem condições de cumprir o modelo dos direitos de

cidadania, mas com a maioria dos trabalhadores de saúde e gestores descentralizados mantendo o horizonte das mudanças necessárias. Ainda que isso ocorra a duras penas, convivendo tensamente com a hegemonia do modelo tradicional "modernizado", mesmo nas gestões em que militantes do MRSB assumiram cargos e funções em nível central.

POLÍTICA DE ESTADO, PACTO SOCIAL, PACTO FEDERATIVO E PROJETO DE NAÇÃO

Nesta parte, arriscaremos considerações na área das Ciências Sociais e Economia Política, que não é nosso campo de formação disciplinar, mas que julgamos imprescindíveis à retomada da política de saúde na parte final. Vemos como política de Estado as formulações e realizações políticas em nome da sociedade e nação, por um contingente de cidadãos com representatividade e legitimidade maior ou menor, formalmente definida, incluindo prerrogativa de acionar contingentes legislativos, judiciários e militares. E que tem caráter mais estrutural, de ações e efeitos por longos prazos, tendo em vista sua função amortecedora ou substitutiva da autodestruição na sociedade. Nas democracias liberais contemporâneas, os governos eleitos exercem a política de governo com diferentes graus de autonomia nos limites da política de Estado, definida na Constituição, que legisla para longo prazo. A legislação complementar e ordinária durante cada governo está atrelada à implementação dos postulados constitucionais.

As classes e os segmentos da sociedade convivem em dinâmicas mais ou menos tensas, de acordo com as liberdades e os espaços de formação da consciência das diferenças, justas ou injustas, e decorrentes mobilizações no interior da sociedade civil ou perante o arbítrio do Estado. O grau de representatividade e consistência dessas mobilizações podem gerar pactos de convivência e ações em torno de objetivos e metas negociados, desde metas mais específicas ou de prazo menor, até metas amplas para a maioria da sociedade, os "pactos sociais". No processo histórico de cada sociedade, a dinâmica das pactuações, principalmente as com elevada participação democrática da sociedade, pode orientar-se para um projeto de nação mais sólido e duradouro. Pode definir também o processo constitucional, o que, em grande parte, caracterizou os anos 80 no Brasil: grandes mobilizações por liberdades democráticas, Assembleia Nacional Constituinte e

Constituição Cidadã. Por outro lado, nos países de grande extensão territorial com clara diferenciação regional na sua formação histórica, socioeconômica e cultural são reconhecidas diversas unidades federadas ou províncias com graus e formas de autonomia que dependem tanto do avanço do processo democrático, quanto do pacto social e do projeto de nação.

Em nossa história, a pujança dos desenvolvimentos regionais no início do séc. 19 foi profundamente matizada pela instalação do reino português no Brasil Colônia durante quase todo o século, sendo que esse reino era o protótipo Estado rigidamente "unitário". Por volta de quinze revoluções regionais e locais sucederam-se nesse século, muitas com grande mortandade, e parte delas exigindo todas as tropas federais para seu controle, desde a Cabanagem no Pará até a Farrapos no Rio Grande do Sul. Esse estigma vem percorrendo o Brasil republicano, aparentemente com melhor reconhecimento das unidades federadas pelo governo federal, nos períodos mais democráticos e desenvolvimentistas. Nos anos 80, por exemplo, o pacto federativo mais avançado na Constituição/88 descentralizou parte da tributação – antes só federal, passou a ser revista já nos anos 90 –, além de descentralizações constitucionais que vem sendo minimizadas ou distorcidas, inclusive na realização das políticas públicas para a cidadania, que retomaremos na parte final. Na sequência, arriscaremos uma breve lembrança sobre o "bem-estar social".

Os sistemas públicos universalistas para os direitos de cidadania (saúde, educação, segurança, meio ambiente, transporte coletivo, outros) surgiram no séc. 20 nos países europeus. Com a desenfreada acumulação e concentração de riqueza e de capital e as graves crises econômico-sociais, esses países foram abalados por duas arrasadoras guerras mundiais, o que a seguir levou a pactos sociais e projetos de nação mais participativos e civilizados. Foi a base da organização dos Estados de Bem-Estar Social (EBES), estendidos da Europa ao Canadá, Japão e vários outros, adequando-se às peculiaridades históricas de cada um, mais liberais, mais universalistas ou corporativistas etc. Um decisivo mecanismo pactuado foi a forte tributação progressiva da riqueza e do capital. Nestes países, o sistema público bem-sucedido constitui-se no grande marco regulatório do mercado nos setores dos direitos universais.

Nos anos 70, porém, com a economia mundial já "dolarizada", com a grande crise mundial do petróleo e na sequência os governos Thatcher-Inglaterra e Reagan-EUA, reiniciam-se a acumulação e a concentração exponenciais do capital

financeiro. Uma macroestratégia para o grande capital agora globalizado, articulada e pactuada durante os anos 80, pela "nata" internacional de intelectuais orgânicos da elite e estrategistas financeiros especialmente articulados. Foi o Consenso de Washington que definiu: os EBES como o maior obstáculo à dinâmica do sistema financeiro global, devendo por isso serem controlados ou desmantelados; b) não mais financiar os EBES com recursos públicos; c) manter os orçamentos públicos menos ou nada aderentes a projetos nacionais amplamente debatidos com as sociedades, mas sim à acumulação financeira (financeirização dos orçamentos públicos – FOP); d) manter a hegemonia do capital financeiro especulativo sobre o capital produtivo; e) manter, em defesa da acumulação financeira, a autonomia dos Bancos Centrais perante os governos nacionais (OLIVEIRA *et al.*, 2018). A realização desse consenso vem obedecendo à estratégia que diferencia os graus e as formas da sua execução nos países chamados mais e menos centrais ou os mais e menos periféricos (BASTOS, 2017; BASTOS e BELUZZO, 2016).

A "austeridade fiscal" ou "ajuste econômico" é o eixo estratégico da FOP, restringindo rigidamente os gastos públicos com infraestrutura do desenvolvimento e políticas públicas de direitos sociais nos últimos 30 anos (OLIVEIRA *et al.*, 2018; BASTOS e BELUZZO, 2016).

Em nosso país, por exemplo, os juros, o refinanciamento, a rolagem e demais serviços da dívida pública vêm consumindo mais de 40% do Orçamento Geral da União, jamais assumidos como perdulários pela ortodoxia econômica neoliberal, sem qualquer chance de serem submetidos à auditoria internacional independente. Restam os gastos classificados perdulários de 22% (Previdência Social), 3,9% (Saúde), 2,8% (Educação), 0,5% (Segurança Pública), 0,04% (Saneamento), 0,04% (Energia) etc. Decorrência desestruturante do projeto de nação nas últimas três décadas, atingiu nosso potencial de industrialização. A participação da indústria no PIB entre 1986 e 2018 caiu de 27,3% para 11,3%, incluindo os ramos de alta incorporação tecnológica (eletrônica, informática, química, automobilística e farmacêutica), que caíram de 9,7% em 1980 para 5,8% em 2006. Já nos anos 90, com a Lei de Propriedade Industrial, perdemos a distinção entre empresas de caráter nacional e multinacional. E ocorreram também a extinção de 350 empresas e 1050 estações de projetos nacionais em química fina, a entrega do Sistema de Vigilância da Amazônia (SIVAM) aos equipamentos e ao controle dos EUA, a aniquilação da nascente indústria digital nacional, a privatização da Telebrás, entre outras (LEITE, 2019). Por outro lado, nosso sistema tributário permanece

entre os mais regressivos e espoliadores do mundo, penaliza tanto mais quanto menor é a renda pessoal e familiar e bem mais os agentes da produção e consumo do que os agentes da acumulação de renda e de aplicações especulativas, dividendos, patrimônio e riqueza. Permanece como verdadeiro motor da engrenagem concentradora de renda e desigualdade social. Os nossos 10% mais pobres dispõem de 32% da sua renda ao pagamento de tributos, enquanto nossos 10% mais ricos dispõem apenas de 21%. Na renda familiar até 2 salários mínimos, 54% são recolhidos para tributos e acima de 30 salários mínimos, 29%. No vazamento do escândalo Swiss Leaks, constaram 230 mil brasileiros com contas em paraísos fiscais, aplicando, no mínimo, US$ 1 milhão, e segundo o Tax Justice Network constam US$ 520 bilhões (R$ 1,7 trilhão) de depósitos brasileiros nos paraísos fiscais (o que corresponde por volta de metade do Orçamento Geral da União). Segundo a OXFAM Brasil, nossos 5% mais ricos concentram 95% da renda nacional; os 10% mais ricos concentram 74% da riqueza nacional; os 0,1% mais ricos concentram 48% da riqueza nacional, e nossos 6 maiores bilionários concentram a mesma riqueza que os 100 milhões mais pobres. Calculando sob a paridade no poder de compra, a concentração de renda de 1% dos mais ricos é 1,3% maior do que a dos 1% mais ricos da França (PIKETTY; MORGAN, 2019).

O montante somado dos nossos juros e demais serviços da dívida pública, desindustrialização com evasão para paraísos fiscais, aplicações no mercado de capitais, renúncia fiscal, sonegação, aquisições imobiliárias nos EUA (estimados em R$1,6 trilhões) e na Europa redimensionam o ângulo real de avaliação dos recursos públicos desviados comprovados na operação Lava Jato. E também do propalado "estouro" dos recursos previdenciários. Sob esse ângulo merece reflexão a comparação das despesas públicas com os direitos constitucionais enquanto % do PIB: 12,7% em 1988 e 13,8% em 2016 (diferença de só 1,1% em 28 anos), comprovando que a escalada de "gastança pública" é devida a outros fatores não previstos nem pactuados nos debates constitucionais, em lúcida análise de Oscar Vilhena Vieira (Folha de S. Paulo, 14/10/2018).

Ao que nos consta, essa intensa concentração vem se acentuando ao longo dos 30 anos pós-constitucionais, por meio da "captura/cooptação" de setores decisivos no Estado, com base maior no Ministério da Fazenda e Banco Central, estendida aos Ministérios de Planejamento, Orçamento e Gestão e o da Casa Civil. Esses ministérios "de Estado", "incumbidos" de controlar dirigentes e lideranças no Legislativo, incluindo suas reeleições, em triangulação com o grande

capital financeiro e empresarial, teriam: a) pervertido o nosso presidencialismo de coalizão ao longo dos últimos 30 anos, desviando ou distorcendo a ampliação e avanços nos pactos sociais e no amplo debate de projeto de nação; b) impedido ou desviado a implementação das diretrizes constitucionais para as políticas públicas de saúde, educação, meio ambiente e as demais; c) cooptado ou marginalizado lideranças e dirigentes de segmentos sociais históricos para forte corporativismo e coonestação da citada triangulação e perversão do nosso presidencialismo de coalizão; d) mantido desde 2003, as impactantes inclusões sociais da expansão do emprego e capacidade de consumo, ligadas à acertada recomposição do salário-mínimo acima da inflação, do Bolsa Família e ao *boom* das *commodities*, mas que, sem a simultânea implementação das políticas públicas de cidadania e necessário avanço da consciência e mobilização social pelos direitos coletivos, fatalmente fragilizou a relação sociedade-Estado na construção do EBES brasileiro contemplado na Constituição/88; e) submetido os avanços na inclusão só pelo consumo, à condição de reféns da impiedosa concentração de renda e riqueza, com seu peso hegemônico no Estado, que impediu e/ou distorceu a aplicação e prosseguimento dos avanços constitucionais de construção do pacto social e projeto de nação.

Neste item, a nosso ver, merece ser lembrado o amplo debate eleitoral de 2002, que incluiu esperançosa "ponte" com os debates constitucionais dos anos 80. Contudo, nos 30 anos pós-constitucionais, a elevação da participação na renda nacional dos nossos 10% mais pobres foi de 11 para 12% e a dos nossos 10% mais ricos, de 54 para 55%, ao custo da queda de 2% para nossos 40% situados entre os 10% mais ricos e os 50% mais pobres (por volta de 84 milhões de cidadãos das classes média média e média baixa), com provável repercussão nos debates eleitorais de 2018 (PIKETTY e MORGAN, 2019). Vale lembrar que essa tensa disputa de participação na renda nacional e capacidade de consumo se encontra sob exponencial acumulação financeira especulativa, que induz nova lógica ao processo produtivo com inusitado avanço na pesquisa científica e tecnológica especiais, processos produtivos/automação, processos de trabalho, impensáveis avanços na informática em tempo real 24h/dia, novas relações de trabalho e cadeias produtivas globais que se estendem aos profissionais autônomos de nível superior, pequenos e médios empresários, entre outros. Todos com o desafio empreendedor que Álvaro Garcia Linera refere como proletarização difusa e potencialização da extração da mais valia. No topo dessa pirâmide habitam os donos pouco visíveis

do grande capital – conglomerados e superconglomerados – e seus executivos financeiros. Em contundentes entrevistas com a garantia de anonimato, a séria pesquisa do jornalista Joris Luyendijk retratou a ganância insaciável e respostas como "jogamos roleta russa com a cabeça dos outros" e "enriquecemos estraçalhando clientes e concorrentes".

Por oportuno, cabe lembrarmos também Rômulo de A. Moreira citando Byung-Chul Han: "A sociedade do desempenho é feita de sujeitos do desempenho e produção, empresários de si mesmos sob o paradigma do desempenho e desejo de maximizar a produção. Homens e mulheres presos a uma auto-exploração com sentimentos de liberdade. Sociedade geradora de depressivos e fracassados. O 'nada é possível' do deprimido vem do 'nada é impossível' da crença inculcada à sociedade. Ao transformar-se em máquinas de desempenho, as pessoas geram um esgotamento, um 'enfarte da alma' e uma 'sociedade do cansaço'" (BYUNG-CHUL HAN, 2015).

Vale também lembrar a grande contribuição do economista e pensador John Maynard Keynes e sua escola, no âmbito da Economia Política, ao conceberem bases doutrinárias e operacionais de superação das crises catastróficas geradas pela acumulação ilimitada do capital. Eles prescreveram investimentos públicos maciços em áreas estratégicas da produção de bens e serviços, redistribuição da renda, controle dos bancos, pleno emprego, previdência social etc. (as bases dos EBES). Iniciaram na prática com o controle da grande crise de 1929 nos EUA (New Deal) e continuaram com a implantação dos EBES na Europa, principalmente após a 2ª Guerra Mundial. Em 1930, Keynes, prevendo o grande avanço das tecnologias substituindo o trabalho humano, vaticinou que, em 2030, todos poderiam consumir o suficiente e viver bem de maneira sábia e agradável. Acreditava que poderia ser evitada a produção explosiva de bens e serviços supérfluos, o consumo insaciável de ostentação e *status* e o trabalho desnecessário. Perante as realidades históricas do século passado, readequou sua utopia na direção de trocar o crescimento a qualquer custo e o amor pela riqueza por um projeto que liberte as pessoas do trabalho estafante e produza justiça social (KIDELSKY, E.; KIDELSKY, R., 2017).

Entendemos que em nosso país a hegemonia federal na implementação das políticas públicas constitucionais nesses 30 anos vem, através dos citados ministérios "de Estado", induzindo ou impondo estratégias e táticas aos demais ministérios, com execução orçamentária que prioriza o mercado nos programas

sociais. Essa é a política real, a "implícita". Essa política hegemônica não é explicitada pelos demais ministérios, que interagem cotidianamente com a população usuária, o Legislativo, os estados e municípios. Em suas áreas, tais ministérios assumem, em regra, explicitamente, as diretrizes constitucionais e a legislação complementar e ordinária, apesar de, contraditoriamente, cumprirem as estratégias e prioridades postas pelos ministérios "de Estado" (ABRASCO, 2018). Não por outro motivo, nas áreas em que as três esferas de governo estão legalmente obrigadas a deliberar conjuntamente sobre a política "de Estado" em órgãos colegiados, vez por outra é usada a expressão política de Estado "federal", um pacto federativo retrógado.

POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL: QUESTÕES E DESAFIOS – PARTE 2

Retomando a política de saúde, destacamos a concomitância histórica de dois acontecimentos nos anos 80: a) o amplo e qualificado debate nacional que muito avançou no pacto social e até em alguns pilares de projeto de nação, o qual levou o conceito e o orçamento da seguridade social ao título "Da Ordem Social" na Constituição, cabalmente inseridos no EBES, abordado anteriormente; b) a emergência internacional da globalização neoliberal.

Observamos que o grande e vitorioso debate público de saúde nos anos 80 aprofundou-se a partir dos anos 90, porém, foi se restringindo às instituições de saúde, aos COSEMS, CONASEMS, CONASS, às entidades do MRSB e ao interior dos conselhos de saúde. Assim, foi se enfraquecendo perante as expectativas de se ampliarem para a estrutura sindical e demais entidades da sociedade civil, para o Legislativo municipal, estadual e nacional, Judiciário, Ministério Público etc. A sociedade viu-se diante do crescimento da capacidade estratégica e econômica da política implícita e real do Estado.

Os movimentos progressistas e populares, partidarizados ou não, simultaneamente, revelaram dispersão, vista também sob os ângulos da crise de representatividade e da quase ausência de construção de espaços de participação democrática na construção de pactos sociais mais avançados e de projeto de nação. Inclui-se aqui a realização, na prática, das diretrizes constitucionais e da legislação complementar e ordinária. Tudo aparentemente decorrente do Relatório do Banco

Mundial para a saúde no Brasil (1995), que propôs formalmente desacelerar a descentralização com acesso universal e equitativo à saúde e recomendou ampliação dos planos privados, copagamento em mercado interno no SUS, focalização do SUS nos pobres e limitação do acesso à tecnologia.

Ao longo dos 30 anos do SUS, a política explícita aderente às diretrizes constitucionais permanece contra-hegemônica e assumida pela "militância SUS", entidades do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, conselhos de saúde, COSEMS, CONASEMS, CONASS, colegiados intergestores e, parcialmente, pelo MS (cada um no seu viés histórico e político), conforme já descrito na política e estratégia "Potencial Estratégico dos Avanços Possíveis Acumulados" na segunda parte deste texto (CONASS, 2018; OPAS, 2018). Também nesses 30 anos a política implícita, hegemônica, que implementa as quatro primeiras políticas e estratégias descritas naquela parte (Financiamento, Gestão dos recursos Humanos, Atenção Básica e Regionalização), como políticas de Estado "federais", permanece assumida pelos Ministérios "de Estado" e pelas "maiorias" legislativas do nosso "presidencialismo de coalizão" (CONASS, 2018; OPAS, 2018; ABRASCO, 2018).

O incansável e permanente esforço da "militância SUS", de gestores descentralizados e pesquisadores pela grande inclusão social alcançada levou alguns analistas e gestores, desde o final dos anos 90, a conclusões com razão efusivas, mas superdimensionadas sob o ângulo da real desconstrução/substituição do modelo tradicional pela simultânea construção do SUS (ABRASCO, 2018).

Por isso, expressões de que o SUS está "apenas inconcluso, incompleto" ou em "fase de consolidação" podem equivocadamente ser interpretadas como estando em pleno curso a desconstrução do modelo tradicional, quando, ao contrário, essa "desconstrução" vem sendo a construção da estratégia inculcada pelo Banco Mundial, que é a "Cobertura Universal de Saúde", assumida pela nossa política de Estado "federal" (CONASS, 2018; OPAS, 2018, ABRASCO, 2018). Essa estratégia nada mais é que a "costura" sistêmica do disposto nas quatro primeiras políticas e estratégias imbricadas constantes na primeira parte deste texto, além de outras, abrangendo o "mix público-privado". Este "mix" inclui os setores privados complementar e suplementar ao SUS, objetivando a produtividade por alguma ação de saúde por cidadão ao ano, mantendo nosso *per capita* público 1/5 a 1/6 da média dos países com bons sistemas públicos, e o *per capita* total dos nossos 25% consumidores de planos privados 4 a 6 vezes maior que o dos 75% que dependem somente do SUS, com óbvia marginalização dos princípios da equidade e

integralidade. O objetivo importante deste texto é o de contribuir para a análise e compreensão das bases estruturais anti-SUS, hegemônicas e uniformemente desenvolvidas nos 30 anos do SUS, que precedem e condicionam os formatos dos avanços e recuos em todas as conjunturas e governos nesse período. Por isso entendemos que as expressões "incompleto e inconcluso" e "em consolidação" não contribuem para arrefecer a consciência do tamanho e da complexidade dos desafios, nem encontrar decorrentes estratégias para sua reversão no curto, médio e longo prazos.

Cabe, por último, grande dúvida sobre como as análises críticas e buscas de rumos formuladas pelos técnicos e estudiosos do SUS e do MRSB têm sido debatidas e consideradas pela população, suas entidades, seus sindicatos e também sua representação nos conselhos de saúde. Carlos Roberto S. Corrêa, professor do DSC/FCM/UNICAMP, reforça o caráter decisivo da percepção, sensibilidade e potencial de participação efetiva da população, enquanto sujeito na construção do SUS:

> Por isso, deve estar claro o lugar de onde os técnicos e estudiosos falam quando se reportam à população. Entendi esse 'lugar' enquanto escala de valores, projetos de vida e de cidadania, assim como transparência e acesso na comunicação social. Vejo esse "lugar" alojado no intangível âmago do processo civilizatório, de onde brilha perene luz, mesmo nas trevas dos piores momentos históricos de cada sociedade e da própria humanidade (parodiando o diplomata Edgard Telles Ribeiro). Vejo também esse "lugar" no âmbito dos valores civilizatórios perenes, que, segundo Álvaro Garcia Linera, "impelem a humanidade na construção e assunção de um sentido comum para a vida, um horizonte que contemple o sentido do bem comum: natureza, ar, água, conhecimento, trabalho, educação, saúde, etc., e também a fé na sociedade e nas pessoas; uma crença em nome da qual vale a pena dedicar nosso tempo e esforço. Assim, a política deve ser fundamentalmente a construção e encontro de um sentido comum, de uma ideia compartilhada de convencimento e articulação. Torna-se imprescindível na ação política, que os recursos públicos, por isso comuns, sejam integralmente alocados na realização dos bens comuns e não para a salvação ou expansão dos bens privados e bancários (CORRÊA, s/d, s/p).

Mesmo sob suspeição de saudosismo, finalizo este texto propondo o delicado e desafiante esforço de realizar a formulação de pontes entre as militâncias pela democratização do Estado: nos anos 80, e nos dias de hoje, duas conjunturas tão diversas como igualmente mergulhadas no processo civilizatório, mais

visível nos prazos médio e longo. Temos pela frente os desafios da ampliação e qualificação dos debates na sociedade e Estado pelo desenvolvimento socioeconômico, pelos direitos universais de cidadania, por projeto de nação que atrele de vez estratégias de desenvolvimento socioeconômico ao distributivismo justo e por pactos e conquistas sociais por aproximação. Nesse sentido, pela democratização do Estado com efetiva descentralização no pacto federativo, idem no processo eleitoral e na representatividade (SANTOS, 2017). Estão diante de nós, além das entidades da sociedade, mais e menos corporativas, a estrutura sindical, as comissões da área social e saúde do Legislativo (municipal, estadual e nacional), e o mesmo no Judiciário e Ministério Público. Em síntese, a recriação para hoje dos corações e mentes dos anos 80 plenos de futuro. Afinal, como disse Frei Beto, "Não somos trilobitas. Somos humanos dotados de capacidade de imprimir ao tempo, caráter histórico, e, à história, um sentido" (Folha de São Paulo, 2008).

REFERÊNCIAS

ABRASCO. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Trinta Anos do SUS, 23(6), 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1413-812320180006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 jun. 2020.

BASTOS, P. P. Z. O que é Austeridade? E Por que os Neoliberais a Defendem? **Carta Capital**, 08 ago. 2017. Disponível em: https://www.cartacapital.com.br/politica/o-que-e-a-austeridade-e-por-que-os-neoliberais-a-defendem/. Acesso em: 15 jun. 2020.

BASTOS, P. P. Z.; BELLUZZO, L. G. **Uma Crítica aos Pressupostos do Ajuste Econômico.** Disponível em: https://www1.folha.uol.com.br/ilustrissima/2016/10/1820798-uma-critica-aos-pressupostos-do-ajuste-economico.shtml. Acesso em: 15 jun. 2020.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 52, 18 mar. 2015.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras

providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 11, 16 jan. 2012.

BYUNG-CHUL HAN. **Sociedade do Cansaço.** Rio de Janeiro: Vozes, 2015.

CONASEMS – **Regionalização da Saúde – Posicionamentos e Orientações.** Brasília: CONASEMS, 2019. Disponível em: https://www.conasems.org.br/orientacao_ao_gestor/rede-conasems-cosems-lanca-documento-para-a-regionalizacao-da-saude/. Acesso em: 15 jun. 2020.

CONASS. Debate **O Futuro dos Sistemas Universais de Saúde.** Coordenador Fernando P. Cupertino de Barros. Brasília: CONASS, 2018. Disponível em: http://www.conass.org.br/biblioteca/o-futuro-dos-sistemas-universais-de-saude/. Acesso em: 11 maio 2020.

CHRISTO, C. A. L. [Frei Betto]. Feliz 2008. **Folha de São Paulo – Opinião.** Publicado em 02 de janeiro de 2008. Disponível em: https://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniao/fz0201200808.htm. Acesso em: 10 dez. 2016.

KIDELSKY, E. KIDELSKY, R. **Quanto é Suficiente? – o Amor pelo Dinheiro e a Defesa da Vida Boa.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017.

LEITE, R. C. C. **Brasil "Cantando Galinha"** – Folha de S. Paulo, Tendências/Debates. 14/04/2019. Disponível em: https://www1.folha.uol.com.br/opiniao/2019/04/brasil-cantando-galinha.shtml. Acesso em: 10 jun. 2020.

VIEIRA, F. S.; SANTOS, I. S.; REIS, C. O.; RODRIGUES, P. H. de A. **Políticas Sociais e Austeridade Fiscal**: como as políticas sociais são afetadas pelo austericídio da agenda neoliberal no Brasil e no mundo. CEBES (org.). Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2018/06/Publicac%CC%A7a%CC%83o-Austeridade_rev19_07_18.pdf. Acesso em: 20 fev. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Comparação de Financiamento e Custos Públicos e Privados – Estatísticas Sanitárias Mundiais**, 2010. Disponível em: https://www.who.int/eportuguese/publications/WHR2010.pdf?ua=1. Acesso em: 20 mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS) – BRASIL. **Relatório Final do Seminário 30 Anos do SUS: que SUS para 2030?** Publicado em novembro de 2018. Acesso em 15.06.2020. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5809:opas-lanca-relatorio-30-anos-de-sus-que-sus-para-2030-e-destaca-importancia-de-atencao-primaria-e-mais-medicos&Itemid=843. Acesso em: 15 abr. 2020.

PIKETTY, T.; Morgan, M. **A Tribo Perdedora**. Coluna de Laura Carvalho. Folha de S. Paulo, 25 abr. 2019. Disponível em: https://www1.folha.uol.com.br/colunas/laura-carvalho/2019/04/a-tribo-perdedora.shtml. Acesso em: 10 jun. 2020.

SANTOS, N. R. Conjuntura atual: instigando a busca de rumos e o que fazer. **Revista Saúde em Debate**, v. 41, n.113, 2017.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE ORÇAMENTO PÚBLICO EM SAÚDE (SIOPS) – 2017. Disponível em: http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet. Acesso em: 20 mar. 2019.

4. CONTINUIDADES E MUDANÇAS NAS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO DO BANCO MUNDIAL NO SETOR DE SAÚDE BRASILEIRO

Maria Lucia Frizon Rizzotto[1]

INTRODUÇÃO

Este texto reproduz, em grande medida, palestra proferida no I Congresso Internacional de Políticas Públicas, realizado de 06 a 08 de dezembro de 2017, em Chapecó, SC. Tem como objetivo apresentar elementos que indicam continuidades e mudanças ocorridas na forma de atuação do Banco Mundial e nas estratégias de intervenção dessa Instituição, no setor de saúde brasileiro, nas últimas décadas.

O Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), mais conhecido como Banco Mundial (BM), e o Fundo Monetário Internacional (FMI), são instituições financeiras supranacionais, criadas em julho de 1944, no final da Segunda Guerra Mundial, na chamada Conferência de Bretton Woods. Tais instituições nasceram com o objetivo de evitar a repetição de crises como a de 1929, de organizar o mundo capitalista, ao mesmo tempo em que contribuiriam para assegurar a liderança dos Estados Unidos da América (EUA) no mundo pós-guerra.

O BM começou a se interessar pelo setor saúde, em âmbito mundial, mais de 20 anos após a sua criação, durante a gestão McNamara (1968 a 1981). E o fez a partir do entendimento de que o crescimento econômico ocorrido nos países periféricos, durante as décadas de 1950 e 1960, não havia beneficiado a

[1] Doutora em Saúde Coletiva. Docente Associada da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE). Membro do CEBES e da diretoria da *Asociación Latinoamericana de Medicina Social y Salud Colectiva* (ALAMES).

população mais pobre, ao contrário, tinha provocado aumento da desigualdade e da pobreza. Associado a isso, vivia-se, segundo esses organismos, uma "explosão demográfica", sobretudo nos países mais pobres, que deveria ser controlada. Tal situação poderia gerar instabilidade social, colocando em risco o próprio desenvolvimento capitalista.

Assim, na década de 1970, o Banco faz suas primeiras incursões nas áreas sociais. No caso da saúde, com o discurso da "satisfação das necessidades humanas básicas" e do controle da natalidade entre as populações pobres. O primeiro documento setorial do Banco sobre saúde data de 1975 e indicava que o este ainda não deveria atuar diretamente nesse setor, mas prever, nos projetos financiados para os setores econômicos, cláusulas que contemplassem aspectos sociais, entre eles, a saúde (RIZZOTTO, 2012).

A partir da década de 1980, o Banco passa a financiar projetos setoriais no bojo dos projetos de ajustes estruturais, e é isso que proporcionará maior visibilidade e maior protagonismo ao BM. Pode-se considerar como ponto forte o Relatório Anual de 1993, dedicado ao setor saúde, tendo como título "Relatório sobre Desenvolvimento Mundial: investindo em saúde".

O interesse pelo setor saúde, entretanto, também pode ser atribuído ao fato de esse setor mobilizar um valor considerável – e nada desprezível – de recursos financeiros, de interesse do capital, uma vez que, atualmente, os gastos com saúde giram em torno de 13% do PIB mundial.

O BANCO MUNDIAL E O SETOR DE SAÚDE BRASILEIRO

Com a sequência de crises, petróleo (1973), dívida externa (1982) e moratória (1987), o Brasil ampliou a solicitação de empréstimos a organismos multilaterais, especialmente ao FMI e ao BM, que passaram a monitorar a economia brasileira por meio de missões que periodicamente visitavam o país, ganhando visibilidade nacional, especialmente durante a década de 1990. Nesse período, vários estudos foram realizados com o intuito de análise e denúncia a respeito da intervenção dessas instituições. Em 2005, durante o governo Lula, o Brasil saldou sua dívida com o FMI e, em 2009, passou a ser credor desta Instituição.

Por que, então, passados mais de 20 anos daquele momento de forte atuação do Banco no país, faz sentido retomar este tema? Nessas duas décadas de

invisibilidade na mídia, a saída de cena do BM pode ter sido só aparente. No campo da saúde, o Banco nunca deixou de se "interessar" pelo Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, tendo sido seu crítico contumaz, principalmente pelo seu caráter universal e gratuito, o que seria um "mau exemplo" para os outros países da América Latina, que passaram a olhar para o SUS como modelo a ser copiado.

Se o Banco deixou de cobrar algumas coisas, como uma maior participação do setor privado na oferta de serviços de saúde, é porque, de fato, não necessitava mais exercer pressão sobre isso; nós não fizemos o que havíamos prometido, ou seja, não construímos um SUS essencialmente público, em que o setor privado fosse apenas complementar. Essa ameaça não se concretizou. O fato é que, no processo de construção do Sistema, o setor privado, em vez de complementar, tornou-se substitutivo do SUS, sobretudo, nos Serviços de Apoio à Diagnose e ao Tratamento (SADT), setor que detém aproximadamente 95% dos serviços, e nos serviços hospitalares, com oferta de 65% dos leitos (SANTOS; SANTOS; BORGES, 2013).

Neste momento de crise que o Brasil vive, entretanto, tem-se a impressão de que o Banco quer, novamente, retomar um protagonismo no campo das ideias. Isso pode ser observado por meio da recente divulgação do relatório "Um ajuste justo – análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil" (BANCO MUNDIAL, 2017), sobre o qual comentaremos a seguir.

Antes, cabe ressaltar que os objetivos proclamados nos estudos e documentos divulgados pelo Banco sempre são para "contribuir" e "apresentar sugestões", como expresso no primeiro documento sobre o SUS, divulgado em 1991: "os estudos visam contribuir para aprofundar o conhecimento sobre esse setor nacional e apresentar sugestões para o enfrentamento dos desafios do sistema de saúde brasileiro nas próximas décadas". Isso porque, segundo o Banco, "as realidades fiscais colidem com os sonhos de despesas alimentados pelo processo de democratização e pela Constituição de 1988" (BANCO MUNDIAL, 1991, p. 01 e 20). A crítica se deu no sentido de alertar: "– Olha! O sonho do SUS, da Reforma Sanitária, é impossível de ser concretizado. Um país pobre, periférico, não pode ousar instituir um sistema universal e gratuito para toda a população".

A preocupação com os desdobramentos da Reforma Sanitária Brasileira fez com que o Banco produzisse vários documentos específicos sobre esse setor nacional, iniciados no mesmo ano de criação do SUS. Entre eles, estão:

1) Controle de doenças endêmicas no Nordeste (1988);
2) Políticas de reforma da saúde, nutrição e segurança social no Brasil (1988);
3) Saúde reprodutiva da mulher no Brasil (1989);
4) Brasil: novo desafio à saúde do adulto (1989);
5) Problemas na política federal de saúde no Brasil (1991);
6) Organização e financiamento da saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90 (1993);
7) Brasil: saúde materna e infantil (2002);
8) Enfrentando o desafio das doenças não transmissíveis no Brasil (2005);
9) Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro: fortalecendo a qualidade dos investimentos públicos e da gestão de recursos (2007);
10) Desempenho hospitalar brasileiro (2008);
11) 20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil: uma análise do SUS (2013);
12) Um ajuste justo – análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil (2017).

Dessa relação, três documentos mais gerais e recentes merecem atenção e, por esse motivo, uma breve análise é necessária. No primeiro, publicado em 2007, intitulado "Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil: Melhorando a qualidade do gasto público e gestão de recursos", o Banco retoma as suas ideias sobre quais são os problemas do sistema de saúde brasileiro e sobre como devemos enfrentá-los. Diagnostica que muitos dos desafios enfrentados pelo setor de saúde estão relacionados com falhas de governança e de ausência de responsabilização dos agentes públicos. Uma boa governança garantiria que os serviços prestados fossem de custo e qualidade aceitáveis, pois, segundo o Banco, não é que o Brasil gaste pouco com saúde; a grande questão estaria na falta de governança e na falta de responsabilização.

Muitos dos desafios enfrentados pelo setor de saúde brasileiro estariam ligados, segundo o Banco, a falhas de governança, ausência de incentivos e de responsabilização que garantissem que os serviços prestados fossem de custo e

qualidade aceitáveis. A responsabilização ou *accountability* é um conceito-chave que capta a responsabilidade dos atores e as consequências que poderiam enfrentar a partir de seu desempenho (BANCO MUNDIAL, 2013a).

O segundo documento, de 2013, intitulado "20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil: uma análise do SUS", tem como objetivo "[...] fornecer uma avaliação objetiva e neutra do desempenho do sistema e dos desafios futuros" e "apresentar recomendações que, não só se baseiam no diagnóstico apresentado e em experiências de outros países com reformas similares, mas também refletem as complexidades operacionais e políticas da formulação de políticas" (BANCO MUNDIAL, 2013, p. 21, 22). As recomendações, como se verificará a seguir, não diferem das que o Banco prega desde a década de 1970.

Saliente-se que o desenho do estudo, no qual o Banco se baseou para analisar os 20 anos do SUS, compreende: seis estados, dos 27 que existem; 17 municípios, dos 5.600 existentes; 49 hospitais dos 7.400 existentes e 40 unidades básicas de saúde das mais de 40 mil existentes. Com essa amostra, ele generaliza as conclusões e destaca a existência de uma fragmentação do processo de planejamento e orçamentação e a necessidade de sincronizar o processo de planejamento, orçamento, informação e transferência de recursos em categorias mais abrangentes. Vale lembrar que, recentemente, definiram-se apenas dois blocos de financiamento e repasse de recursos; o Banco, porém, já recomendava isso desde 2008.

O relatório tentou responder a duas perguntas: a construção do SUS transformou o sistema de saúde? A construção do SUS trouxe melhores resultados?

Em linhas gerais, o documento reconhece que houve expansão da rede e maior orientação para cuidados primários e que o Brasil conseguiu cobertura de 70% na atenção primária, apesar do ideal de 100%, pois o Banco defende a universalização de cuidados primários e não um sistema universal e integral para todos. Reconhece que houve descentralização, ao mesmo tempo em que faz crítica à descentralização excessiva, ou seja, houve municipalização do sistema e seria necessário reorganizá-lo a partir da base estadual. Quanto ao financiamento, reconhece que está mais equitativo em termos regionais, mas precisa melhorar a governança do sistema, uma vez que o problema não é de financiamento, mas de governança.

Em relação ao direito à saúde, afirma que existe uma garantia legal por meio da expansão da rede pública, mas, segundo o Banco, na realidade, nem a garantia legal nem a expansão da rede pública precisam ser estatais para garantir esse direito: "Nenhum desses dois princípios é uma condição necessária para

garantir o direito à saúde, uma vez que os serviços de saúde não precisam ser gratuitos nem ser prestados por um sistema público para serem acessíveis" (BANCO MUNDIAL, 2013, p. 48). No relatório citam-se vários países nos quais o copagamento e a definição de uma cesta básica de procedimentos garantem o acesso. O Banco vem fazendo esse discurso desde o relatório de 1993, repetindo nos documentos específicos para o Brasil que o setor privado deve participar ativamente na oferta de serviços de saúde. Nesse aspecto, então, Banco parece ter-se tranquilizado, pois, como afirmado anteriormente, o SUS não se constituiu como essencialmente estatal, e o setor privado "vai muito bem, obrigado!" O próprio Banco apresenta dados de como o setor privado está presente no SUS; portanto, o sonho acalentado de um SUS estatizado não se concretizou.

O problema que persiste, no entanto, é que o SUS não adotou uma cesta de procedimentos – recomendação que o Banco faz desde o relatório de 1993, reafirmado nesse documento dirigido ao Brasil. Como não oferece uma lista explícita de serviços abrangidos – e fazendo crer, consequentemente, que estão cobertos todos os serviços de que um doente precisa –, o SUS é, pelo menos "oficialmente", mais generoso do que a maior parte dos países desenvolvidos e ricos que regulamentaram e definiram uma lista de serviços cobertos e de condições ou circunstâncias ao abrigo dos quais estão cobertos (BANCO MUNDIAL, 2013a, p. 45).

Apesar de o relatório não citar a proposta de Cobertura Universal de Saúde (CUS), o Banco a defende. Com a aproximação de 2015, o mundo começa a pensar nas agendas pós-metas do milênio. Na área de saúde, há hoje um movimento amplo e crescente nos países em desenvolvimento, que tem buscado as reformas necessárias para se atingir cobertura universal de saúde para seus cidadãos. O Banco Mundial está completamente alinhado com este movimento e anunciou, recentemente, junto com a Organização Mundial de Saúde, novas metas relacionadas à prevenção e ao tratamento das doenças crônicas (BANCO MUNDIAL, 2013b, p. 01).

A discussão entre políticas universais e políticas focais (seletivas e compensatórias) aparece reiteradamente nos documentos do Banco, a partir do pressuposto de que cabe ao Estado, por meio de políticas sociais, corrigir as desigualdades e fazer justiça social, mas, obviamente, sem nunca propor atacar a origem das desigualdades. Se, de fato, o objetivo fosse fazer justiça, ela teria que ser feita na hora de arrecadar recursos (daí a necessidade de uma

reforma tributária em que os que ganham mais contribuam com mais) e não no momento da distribuição de serviço. Dessa forma, no relatório, o Banco diz: "– Olha, precisa fazer uma reforma tributária, mas ela é muito difícil e muito demorada, portanto, até lá vamos fazer o que é possível ser feito".

O documento destaca a improbabilidade de que o pacote de benefícios seja ilimitado, como defende o SUS, e que possa ser aplicado de forma sustentada. Mas, em conformidade com a Constituição de 1988, com a insistência de que os serviços de saúde são ilimitados e integrais para todos, geramos dois conflitos legais importantes: a judicialização da saúde e o fato de as seguradoras privadas contestarem em tribunais a exigência de reembolsarem, ao SUS, os custos de serviços prestados pelo SUS aos seus beneficiários.

Por fim, em relação ao financiamento, o Banco volta a afirmar que "embora o debate sobre se o sistema público 'adequadamente' ou 'suficientemente' financiado tenha começado até mesmo antes da sua criação, infelizmente não existe nenhuma forma clara e científica de determinar isso". No caso do Brasil, estaria claro que o sistema de saúde poderia produzir mais serviços e melhores resultados de saúde com o mesmo nível de recursos, caso fosse mais eficiente. Assim, conclui que, do mesmo modo como acontece em sistemas de saúde avançados de todo o mundo, também será essencial ao SUS encontrar formas de aumentar a eficiência e melhorar a priorização. Mas será igualmente importante estar preparado para aumentos expressivos e sustentáveis dos gastos governamentais em saúde e adotar mecanismos para administrar as pressões sobre os custos, que já são evidentes no sistema (BANCO MUNDIAL, 2013a).

No terceiro documento, "O ajuste justo – análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil", é apresentado um conjunto de sugestões genéricas para a área da saúde, com vistas a: oferecer mais e melhores serviços, a partir da melhoria da eficiência dos gastos públicos; melhorar a eficiência dos profissionais de saúde; expandir a cobertura da APS; melhorar a integração entre AB e atenção avançada; melhorar a eficiência hospitalar; remover subsídios tributários federais para seguros privados de saúde; conter gastos com a prescrição de medicamentos. Conclui com uma crítica aos subsídios a hospitais privados (BANCO MUNDIAL, 2017). Trata-se de um documento geral sobre o Brasil, cujos desdobramentos serão apresentados em documentos setoriais posteriores.

PROJETOS FINANCIADOS PELO BANCO, DE 2000 A 2015

Uma das formas de atuação do Banco nos países é por meio do financiamento de projetos setoriais. Nos últimos 15 anos, o BM financiou parcialmente 211 projetos em diferentes áreas no país. Destes, 103 (48,81%) foram com algum estado da federação ou com o Distrito Federal, 66 (31,27%) com o Governo Federal, 24 (11,37%) com fundações privadas e 17 (8,05%) com municípios.

No caso da saúde, isso muda radicalmente: dos 32 projetos financiados no período, apenas nove (28,2%) foram com o Governo Federal, e a maioria (71,87%), com instâncias subnacionais, majoritariamente estados da federação (Tabela 1).

Tabela 1 – Projetos da área da saúde financiados pelo Banco Mundial, número de controle e valor, segundo o ente contratante (2000-2015)

Ente contratante	Nome do projeto	Nº de Controle	Valor em milhões US$
MF Brasil	Hd Prgm. Sector Reform Loan	P080746	505,050
MS Brasil	QUALISUS-REDE Brazil Health Network Formation and Quality Improvement Project	P088716	235,000
MEC Brasil	Federal University Hospitals Modernization Project	P120391	150,000
MS Brasil	AIDS and STD Control Project (03)	P080400	100,000
MS Brasil	VIGISUS APL 2 – Disease Surveillance & Control	P083013	100,000
MS Brasil	Second Family Health Extension Adaptable Lending	P095626	83,450
MS Brasil	Family Health Extension Program	P057665	68,000
MS Brasil	AIDS-SUS (National AIDS Program – National Health Service)	P113540	67,000
MEC/ MS/MAS Brasil	Brazil: Human Development Technical Assistance Loan (TAL)	P082523	8,000
Distrito Federal	Federal District Multisector Management	P107843	130,000
Acre	Acre Social and Economic Inclusion and Sustainable Development Project – PROACRE	P107146	120,000
Acre	Additional Finance to Acre Social and Economic Inclusion and Sustainable Development Project	P130593	150,000
Amazonas	Alto Solimões Basic Services and Sustainable Development Project in Support of the Zona Franca Verde Program	P083997	24,250

Ente contratante	Nome do projeto	Nº de Controle	Valor em milhões US$
Bahia	Integrated Health and Water Management Project (SWAP)	P095171	60,000
Bahia	Bahia Inclusion and Economic Development DPL	P126351	700,000
Bahia	Bahia Health System Reform Project	P054119	30,000
Bahia	BR Bahia DPL	P147984	400,000
Ceará	Ceara Multi-sector Social Inclusion Development	P082142	149,750
Ceará	BR Ceara Inclusive Growth (SWAP II)	P106765	240,000
Maranhão	BR Maranhão Integrated Program: Rural Poverty Reduction Project	P080830	30,000
Minas Gerais	Minas Gerais Partnership II SWAP	P101324	976,000
Minas Gerais	Minas Gerais Partnership II SWAP AF	P119215	461,000
Paraná	SWAP for Paraná Multi-sector Development Project	P126343	350,000
Pernambuco	Pernambuco Equity and Inclusive Growth DPL	P132768	550,000
Rio de Janeiro	Brazil – Rio de Janeiro Renovating and Strengthening Public Management	P106768	18,670
Rio de Janeiro	Rio State Fiscal Sustainability, Human Development and Competitiveness DPL	P117244	485,000
Rio de Janeiro	Rio State Development Policy Loan III	P126465	300,000
Rio de Janeiro	Strengthening Public Management and Integrated Territorial Development	P126735	48,000
Rio de Janeiro (município)	Rio de Janeiro Municipality Fiscal Consolidation for Efficiency and Growth DPL	P111665	1.045,000
Rio de Janeiro (município)	Rio de Janeiro Strengthening Public Sector Management Technical Assistance Project	P127245	16,200
Rio Grande do Norte	Rio Grande do Norte: Regional Development and Governance	P126452	360,000
Sergipe	Development Policies for the State of Sergipe	P129652	150,000

Fonte: RIZZOTTO; CAMPOS (2016, p. 271).

De acordo com Rizzotto e Campos (2016, p. 272), o Banco privilegia esses gestores do SUS “que possuem poder de decisão e autonomia para introduzir no âmbito do sistema mecanismos defendidos pelo Banco, inicialmente no que se refere à gestão do trabalho, mas que pode ter desdobramentos na própria noção do direito à saúde”.

Isso indica uma mudança de estratégia do Banco Mundial. Se, na primeira década pós-SUS, a ênfase foi em projetos de abrangência nacional, agora ele se volta para os estados e municípios. Como afirmado no início, a saída de cena do Banco foi apenas aparente: saiu da cena nacional, mas está muito presente na esfera subnacional. Isso porque o BM compreendeu que as reformas pontuais se tornam possíveis nos estados e municípios de médio e grande porte, sobretudo, no âmbito da gestão do SUS: "A opção do Banco pelos acordos com governos estaduais se dá possivelmente porque nesse nível da gestão pública as reformas são menos diluídas do que em nível municipal, portanto, mais eficazes e podem ser implementadas com menor resistência do que se forem em nível nacional" (RIZZOTTO; CAMPOS, 2016, p. 274).

No período de 2000 a 2015, 23 dos 26 estados brasileiros, mais o Distrito Federal, firmaram acordos de empréstimo com o Banco Mundial; apenas Rondônia, Roraima e Sergipe não realizaram nenhum acordo nesse período (Tabela 2).

Tabela 2 – Número e valor total dos projetos financiados pelo Banco Mundial, segundo os estados da federação e Distrito Federal (2000-2015)

Estado/ Distrito Federal	Nº de projetos	Valor total em milhões US$
Rio de Janeiro	12	2.838,60
São Paulo	13	2.794,99
Minas Gerais	05	2.092,00
Rio Grande do Sul	04	1.865,00
Bahia	14	1.766,40
Pernambuco	10	1.633,50
Ceará	10	1.289,75
Acre	03	520,00
Rio Grande do Norte	04	440,90
Piauí	02	372,50
Tocantins	02	360,00
Paraná	02	358,00
Espírito Santo	04	336,50
Mato Grosso do Sul	01	300,00
Sergipe	04	261,88
Amazonas	02	240,25
Alagoas	01	195,45
Distrito Federal	02	187,64

Estado/ Distrito Federal	Nº de projetos	Valor total em milhões US$
Santa Catarina	02	152,80
Goiás	02	71,00
Pará	01	60,00
Maranhão	01	30,00
Paraíba	01	20,90
Amapá	01	4,80

Fonte: RIZZOTTO; CAMPOS (2016, p. 273).

O Rio de Janeiro e São Paulo foram os estados que obtiveram o maior volume de recursos; a Bahia, a maior quantidade de projetos aprovados. Minas Gerais e Rio Grande do Sul, embora com menos projetos aprovados (cinco e quatro, respectivamente), obtiveram alto volume de recursos (RIZZOTTO; CAMPOS, 2016, p. 272).

O Banco Mundial, ciente do seu papel, acompanha de perto a trajetória do SUS e tem apoiado projetos de desenvolvimento em quase todos os estados brasileiros. Na área da Saúde tem atuado junto com os gestores tanto no fortalecimento de sua capacidade administrativa, quanto no enfrentamento aos principais problemas epidemiológicos, indo das doenças negligenciadas às doenças crônicas, como câncer, hipertensão e diabetes. Como princípio institucional, prezou sempre pela construção desses projetos através de parceria, diálogo e proximidade com os gestores, sejam eles federais, estaduais ou municipais. Nesse percurso, o Banco Mundial passou a conhecer as virtudes do SUS, sem deixar, porém, de buscar um olhar sincero para seus desafios.

Deve-se reconhecer que não há uma imposição de fora para dentro, uma intervenção forçada do Banco no setor de saúde brasileiro, mas uma confluência de interesses. De fato, o BM atua por meio de "parcerias", o que indica que agentes públicos, governos de diferentes níveis de gestão e parte da sociedade brasileira pensam e defendem as mesmas propostas do Banco Mundial. Ou seja, compartilham a mesma ideologia, o mesmo papel restrito do Estado e o mesmo sistema de saúde, que não é o de um SUS universal, integral e igualitário para todos.

Apesar de o SUS não ter sido implementado da forma como gostaríamos, esse sistema continua sendo um mau exemplo, na visão do Banco. Continua sendo mau exemplo para os países da América Latina e mesmo para outros países do mundo, que olham para o nosso sistema de saúde como o grande avanço, que

de fato é. Temos que reconhecer que o SUS foi um grande avanço em termos de políticas sociais e de conquista de direitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se afirmar que os mecanismos tradicionais de intervenção do Banco não se alteraram substancialmente, que os princípios de seletividade para as políticas sociais permanecem e que tampouco mudaram os princípios orientadores. O que se observa é um deslocamento das ações do Banco da esfera nacional para as esferas estadual e municipal.

Essa instituição fala em desigualdade, mas não propõe mudanças no sistema que a gera, apenas defende a implementação de políticas compensatórias para diminuir a pobreza, sem nunca pretender acabar com ela, até porque essa pobreza é estrutural ao sistema capitalista.

A visão crítica sobre o sistema de saúde brasileiro, associada às reformas estaduais e colocadas em prática a partir dos contratos de empréstimo realizados, caracteriza a nova ofensiva neoliberal contra o SUS e contra qualquer pretensão de instituir sistemas universais de saúde. A nova onda neoliberal, diferente da primeira dos anos de 1990, que atacou o patrimônio público, tem agora como foco os direitos; trata-se de ataque aos direitos conquistados. E aí está o desafio de resistir, estudar, denunciar e lutar, a exemplo do Movimento da Reforma Sanitária das décadas de 1970 e 1980.

REFERÊNCIAS

BANCO MUNDIAL. **Brasil:** novo desafio à saúde do adulto. Washington, D.C.: [s.n.], 1991 (Série de Estudos do Banco Mundial sobre países).

BANCO MUNDIAL. **Brasil:** Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro: fortalecendo a qualidade dos investimentos públicos e da gestão de recursos. Relatório nº 36.601-BR. Documento do Banco Mundial, 2007. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Governanca_SUS_-_Relatorio_banco_mundial.pdf. Acesso em: 24 fev. 2019.

BANCO MUNDIAL. GRAGNOLATI, M., LINDELOW, M. COUTTOLENC, B. (org.) **20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil**: uma análise do Sistema

Único de Saúde. 2013a. Disponível em: https://pt.slideshare.net/monicarochag/livro-sus-banco-mundial. Acesso em: 24 fev. 2019.

BANCO MUNDIAL. **A marca do SUS**. 2013b. Disponível em: http://www.worldbank.org/pt/news/opinion/2013/12/20/brazil-sus-unified-public-healthcare-system-new-study. Acesso em: 24 fev. 2019.

BANCO MUNDIAL. **Um ajuste justo – análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil**. Disponível em: http://documents.worldbank.org/curated/en/884871511196609355/pdf/121480-REVISED-PORTUGUESE-Brazil-Public-Expenditure-Review-Overview-Portuguese-Final-revised.pdf. Acesso em: 24 fev. 2019.

RIZZOTTO, M. L. F. **Capitalismo e saúde no Brasil nos anos 90**: as propostas do Banco Mundial e o desmonte do SUS. São Paulo: Hucitec, 2012.

RIZZOTTO, M. L. F; CAMPOS, G. W. S. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 263-276, jun. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000200263&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 fev. 2019.

SANTOS, I. S., SANTOS, M. A. B., BORGES, D .C. L. Mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: realidade e futuro do SUS. Fundação Oswaldo Cruz. In: Fundação Oswaldo Cruz. **A saúde no Brasil em 2030** – diretrizes para a **prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, v. 4, p. 73-131, 2013.Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/miolo_saude_brasil_2030.pdf. Acesso em: 25 fev. 2019.

PARTE 2 –

SISTEMA UNIVERSAL
E DIREITO À SAÚDE

5. SISTEMAS UNIVERSAIS DE SAÚDE: O QUE A COMPARAÇÃO COM OUTROS PAÍSES NOS INFORMA?

Eleonor Minho Conil[1]

INTRODUÇÃO

Para contribuir na compreensão das principais características do sistema brasileiro, este texto apresenta um panorama geral de alguns dos principais sistemas de saúde contemporâneos. Conforme já apontamos em trabalhos anteriores, comparar é buscar semelhanças, diferenças ou relações entre fenômenos que podem ser contemporâneos ou não e que estejam ocorrendo em espaços distintos ou não, para melhor compreendê-los. O método comparado está na base do modelo cognitivo que fundou a racionalidade científica, mas em saúde coletiva e situações complexas como a construção de um sistema de saúde, o uso do recurso comparado requer alguns cuidados metodológicos que passamos a mencionar (CONILL, 2011, 2012).

A proteção social em saúde pode ser considerada uma ação coletiva contra riscos intrínsecos à vida humana e sua expansão como uma política de Estado constitui uma conquista para a coesão social, diminuição de desigualdades e desenvolvimento não apenas econômico. Os sistemas de saúde representam a expressão prática e operacional dessa política. Há uma variedade de situações e estratégias sendo sua conformação final determinada por inúmeros fatores de ordem política, econômica social e cultural. As relações entre esses fatores e os

---

[1] Doutorado em *Développèment Economique et Social.* Consultora de *la Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud en el Cono Sur de la America Latina.*

interesses dos atores sociais, que possuem capacidade de pressão diferenciada frente ao Estado, também interferem na formulação de seu desenho e em sua condução, expressando uma correlação de forças e um pacto social que se modifica ao longo do tempo.

Além das especificidades de cada formação social e suas variações conjunturais, ao compararmos os sistemas, é necessário considerar as características populacionais e a influência de outros subsistemas sociais na produção da saúde. Como, então, é possível realizar essa complexa tarefa de forma consistente?

Destacamos dois aspectos que tem nos auxiliado a superar desafios do processo comparativo sem o risco de abordagens exaustivas ou puramente descritivas. O primeiro deles é a existência de uma dinâmica de convergência e divergência nos sistemas de contemporâneos que tem mostrado elementos comuns em função da transição demográfica e epidemiológica, pressões de custo, incorporação tecnológica e difusão de grandes diretrizes de políticas pelos organismos internacionais. No entanto, apresentam diferenças no grau e na extensão das formas de proteção social, nos arranjos para financiamento, organização e oferta de serviços. Explorar essa dinâmica identificando especificidades e questões que se tornaram comuns parece ser um caminho interessante (SCHERER *et al.,* 2018; BORYSOW *et al*., 2017).

Ao estudar as relações entre descentralização, democracia e desenvolvimento no Brasil e na Espanha, Fleury (2006) sugere que a análise comparada possibilita usar a experiência do outro como um espelho analítico adicional por facilitar a identificação de semelhanças, diferenças e eixos temáticos comuns. Nesse sentido, temos adotado a expressão "perspectiva internacional comparada" por destacar essa importante função e um dos principais interesses deste recurso: o de situar nossa realidade num contexto social mais amplo.

O segundo aspecto de ordem metodológica diz respeito à circunscrição da unidade de análise, ou seja, ao desafio de realizar um recorte no objeto de comparação sem deixar de situar o sistema de saúde nesse contexto. Para Lobato e Giovanella (2006), a noção de sistema de saúde advém da concepção da saúde como manifestação objetiva das condições de vida sendo resultante da ação intersetorial de diferentes subsistemas. Em uma concepção abrangente, corresponde ao conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde e que se concretizam em organizações, regras e serviços, visando alcançar resultados condizentes com o valor e

a concepção de saúde numa determinada sociedade. Já os sistemas de serviços são parte do sistema de saúde e correspondem ao conjunto de atividades, cujo principal propósito é promover, restaurar e manter a saúde de uma população.

As comparações referem-se, em geral, aos sistemas de serviços profissionais, havendo diversas formas para descrevê-los e analisá-los. As dimensões mais utilizadas são: grau de cobertura (universal ou segmentada); equilíbrio entre as fontes de financiamento (impostos, contribuições sociais, seguro público ou privado, pagamento direto); tipo de organização e grau de integração entre os agentes financiadores e os prestadores (número de agentes financiadores, presença de um Ministério da Saúde e/ou de um Seguro Nacional, descentralização); propriedade dos serviços (públicos, privados – lucrativos ou filantrópicos); formas de remuneração e regulação dos profissionais, especialmente dos médicos (ato, salário, captação, maior ou menor regulação).

A expressão *modelo assistencial* ou *modelo de atenção à saúde* é também utilizada na saúde coletiva para caracterizar estruturas, práticas profissionais, conhecimentos, tecnologias e modos de organização do trabalho e dos serviços. Modelo assistencial e modo de produção de serviços de saúde podem ser considerados sinônimos e envolvem uma dimensão concreta (recursos financeiros, materiais, força de trabalho), tecnologias e modalidades de atenção (CAMPOS, 1992).

De um modo geral, o recurso utilizado para caracterizar o contexto dos países tem sido o uso de indicadores que funcionam como aproximações (variável p*roxy*) dos demais subsistemas sociais. Nos estudos que realizamos sobre o tema, além da caracterização do contexto através desses indicadores, temos utilizado as seguintes categorias analíticas para descrever os sistemas de serviços: tipo de sistema (empresarial permissivo, pluralista ou de mercado, seguro social, sistema ou serviço nacional); cobertura; financiamento; modalidade de pagamento; regulação/gestão; organização/prestação; porta de entrada; problemas; tendências (CONILL, 2012).

Utilizando a perspectiva internacional comparada, é possível constatar que a segmentação ou as desigualdades no acesso e a fragmentação dos serviços que trabalham pouco coordenados constituem dois grandes problemas dos sistemas atuais. No entanto, temas como a garantia do acesso, equidade e o uso mais efetivo e eficiente dos serviços são recorrentes na agenda das reformas havendo um razoável consenso sobre tais questões. A Organização Mundial da Saúde/OMS (2010) vem insistindo na importância de garantir uma cobertura

universal, tendo como principal argumento a proteção financeira das populações frente à doença. De fato, é difícil pensar em discordância acerca da possibilidade de melhorar o acesso aos serviços. O setor tornou-se um segmento de grande acumulação de capital e interesse dos agentes econômicos. As principais questões que estão na pauta da discussão dizem respeito a quem vai pagar a conta, qual é a fonte de recursos, quem "manda" ou quem governa, quem realiza os serviços e de que modo.

Nessa mesma linha de indagações, quem discordaria que o processo saúde/doença está relacionado com as condições de vida? Portanto, a pergunta central que deve ser feita nessa ordem de indagações seria: qual modo de organização dos serviços pode facilitar a incorporação desses elementos na prática? Ou seja, qual é o tipo de sistema que melhor responderia a essas questões. Para contribuir nesse sentido, o capítulo inicia com um panorama dos sistemas de saúde de países centrais, o que inclui uma síntese de trabalhos e indicadores acerca de seu desempenho. No tópico seguinte, apresentamos as características de alguns países da América Latina, apontando nós críticos que marcaram a construção do sistema de saúde no Brasil. Finalizamos com algumas observações necessárias para a compreensão da trajetória e da situação dos sistemas de saúde numa perspectiva internacional comparada.

SISTEMAS DE SAÚDE CONTEMPORÂNEOS: PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS E DESEMPENHO

O sistema de saúde dos Estados Unidos é baseado em planos de saúde, caracterizando-se por ser extremamente caro e segmentado. Há uma multiplicidade de arranjos, pois cada plano possui sua forma de organizar e remunerar a prestação de serviços. Tem o maior gasto entre os países desenvolvidos, da ordem de aproximadamente US$ 8.713, o que representava mais do que o dobro da média dos países acompanhados pela *Organization for Economic Co-Operation and Development (OECD)* em 2015. O gasto do Brasil nesta mesma base de dados era US$ 1.471. Outro aspecto importante a destacar é que a maior parte desse gasto advém de fontes privadas.

Existe um seguro social denominado *Medicare,* que é de responsabilidade federal, destinado à cobertura médico-hospitalar de aposentados e seus

dependentes, deficientes e portadores de doença renal terminal. Na maior parte dos ciclos de vida, contudo, as pessoas estão cobertas pelos planos de saúde ou precisam comprovar uma situação de pobreza para ingressarem no programa assistencial *Medicaid*, administrado pelos estados. Essa situação determinava um *gap* importante no acesso de quem havia perdido o emprego ou o *status* de dependente, sem, no entanto, estar dentro dos parâmetros de pobreza. Muitos ficavam sem cobertura e com grande risco diante da doença, incluindo-se aí os imigrantes ilegais. Além disso, outra parcela da população tinha acesso a um número limitado de serviços, postergando cuidados quando necessários, sendo referido que 60% das bancarrotas individuais ocorriam por dificuldades de pagar contas médicas (BRISTOL, 2010). Os planos variavam em qualidade e extensão da cobertura operando com pouca regulação.

Essa situação facilitou a implementação da lei denominada *The Patient Protection and Affordable Care Act/PPACA* (ou simplesmente *ACA*), em 21 de março de 2010, mais conhecida como *Obamacare*. Essa lei tem como estratégia a universalização da cobertura através de planos de saúde, que passaram a ser muito mais regulados. Trata-se de um extenso documento (USA, 2010), com 2.400 páginas, cujos pontos principais são:

1) Obrigatoriedade de ter um seguro privado sob pena de multa, mas oferecendo subsídios, além de outras medidas complementares (manutenção nos planos dos dependentes até 26 anos, por exemplo);
2) Aumento na regulação sobre os planos (seleção adversa, recusa de doenças pré-existentes, limites de cobertura e de serviços), com maior padronização, informação e controle da qualidade;
3) Racionalização e ampliação do *Medicare e Medicaid;*
4) Reformas no modelo assistencial e na formação de recursos humanos com estímulo a novas práticas, pagamento por desempenho, prevenção, atenção primária, entre outras.

A lei determina a implementação gradual dessas medidas com estimativas prevendo que 95% da população estarão cobertas até 2019 (CONILL, 2012). Apesar das tentativas de retrocesso por parte do governo republicano conservador, a lei continua vigente em função de sua forte aprovação nacional. No Brasil, uma parte da população (segmentos de média e alta renda, trabalhadores no mercado

formal ou setores econômicos de ponta, funcionários públicos, parlamentares) está coberta por planos de saúde, num modelo que se aproxima ao norte-americano.

O Canadá estabeleceu, na década de 1970, um sistema orientado pelo princípio de universalização dos cuidados. É definido como um seguro nacional com financiamento a partir de fontes fiscais (impostos), compartilhado entre o governo federal e provincial. É extremamente descentralizado, com autonomia para que cada Província organize os serviços do modo que considerar mais adequado, desde que em conformidade com as diretrizes nacionais (gestão pública, integralidade da atenção, portabilidade).

Os serviços são oferecidos por prestadores privados com diversas formas de credenciamento e contratos. A maioria dos médicos trabalha em seus consultórios, clínicas de grupo ou hospitais, sendo remunerados pelas agências provinciais e territoriais. Alguns são assalariados em centros de saúde e ambulatórios de hospitais. O pessoal de enfermagem é, em geral, assalariado de hospitais, consultórios de grupo, centros comunitários ou estruturas de saúde pública.

Dentistas, fisioterapeutas, farmacêuticos, psicólogos e outros profissionais atuam predominantemente de modo privado. Esses cuidados são considerados complementares, sendo garantidos apenas para grupos específicos (idosos, crianças, segmentos de baixa renda). Os cuidados de longa duração não estão incluídos na lei (*Canada Health* Act), mas são fornecidos pelas províncias, com diferenças na abrangência e leque de serviços. A maioria dos hospitais é de instituições sem fins lucrativos, administrados por organizações comunitárias, religiosas ou autoridades provinciais.

Assemelha-se, portanto, a um grande plano de saúde com um sistema de credenciamento universal do setor privado, financiado e regulado pelo governo. Entre 1980 e 1990, o sistema passou por avaliações e restrições orçamentárias com diminuição da qualidade e da satisfação dos usuários (principalmente devido ao aumento nas listas de espera). Na primeira década do século XXI, houve um maior aporte de recursos, e o governo federal passou a estimular várias medidas para melhorar o acesso (NORONHA, 2014).

O *National Health Service/ NHS* foi criado no Reino Unido, em 1948, e tem sido a principal referência para organização de um sistema baseado no direito de cidadania e financiado por fontes fiscais. Surgiu constituído por três partes que, apesar de inúmeras reformas, continuam sendo os eixos centrais de sua

estrutura: porta de entrada em consultórios privados de clínicos gerais que recebem segundo um contrato, os *General Practionners ou GPs;* serviços hospitalares especializados (na maior parte públicos) onde os especialistas são assalariados; e os serviços de saúde pública.

O Reino Unido é formado pela Inglaterra, Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte. O princípio de universalização é respeitado por todos os países, mas há diferenças na forma de organizar a prestação de serviços. Essa descrição está centrada no *NHS* inglês, país onde realizamos estudo empírico sobre o tema. A gestão é centralizada em nível nacional no *Department of Health and Social Care* do qual faz parte a direção executiva do *NHS*, além de diversos órgãos para controle da qualidade. Há uma divisão territorial para fins de administração e organização da oferta.

Nos primeiros quinze anos, o sistema permaneceu relativamente estável, mas desde a década de 1980 tem passado por diversas reformas. Na era Thatcher, houve estímulo a uma lógica empresarial e a competição entre os prestadores públicos (mercado interno). A partir da chegada dos trabalhistas ao poder, em 1997, a ênfase foi na integração (criação dos *Primary Care Trusts-PCTs,* que associavam serviços dos *GPs* com os de saúde pública), nos investimentos e nas metas para diminuir tempos de espera. Desde 2010, o novo governo liberal aboliu as autoridades regionais e os *PCTs,* atribuindo a contratação dos serviços especializados, hospitalares, obstétricos, saúde mental, entre outros, a grupos diretamente relacionados com os *GPs* (*Clinical commissioning groups*). A assistência farmacêutica é oferecida nos estabelecimentos da rede comercial, a partir da prescrição do *GP*, com pagamento de até um teto estabelecido e gratuidade para grupos especiais (desempregados, doenças crônicas, idosos). O farmacêutico é considerado como um serviço local do *NHS* sendo estimulado a orientar determinados problemas de atenção primária (CONILL, 2012).

A França constitui um exemplo de seguro público cuja principal fonte de financiamento é proveniente de contribuições ligadas ao trabalho e não de impostos. A atenção é garantida por serviços públicos e privados (lucrativos ou filantrópicos); o Ministério da Saúde exerce um papel de reitoria, e o pagamento é realizado pela *Securité Sociale*. Uma lei de cobertura universal em vigência desde 2000 incluiu a pequena parcela da população que dependia da assistência pública.

Os cuidados ambulatoriais são garantidos por profissionais que atuam em seus consultórios com pagamento por ato a partir de valores e normas negociados por seus representantes nas *"Conventions"*. Essa sistemática também se aplica aos cuidados de fisioterapia, fonoaudiologia e outros serviços complementares ou de apoio diagnóstico, fornecidos por profissionais privados ou em hospitais.

Ao consultar um médico ou dentista, por exemplo, os pacientes pagam e enviam o comprovante para fins de reembolso. Há um copagamento cujas taxas variam para consultas, medicamentos, exames laboratoriais, diárias após 30 dias de internação, próteses dentárias, óculos e aparelhos auditivos. Por essa razão, a maior parte da população tem alguma forma de seguro complementar voluntário, operado por associações mutuais sem fins lucrativos. Há isenções conforme a situação de saúde (doenças crônicas de longa duração), tipo de tratamento (infertilidade, por exemplo) ou condição pessoal (crianças com deficiências, pensionistas, gestação) (CHEVREUL *et al.*, 2010). Dois terços da oferta hospitalar, que inclui os Hospitais Universitários altamente especializados (*Centres Hospitaliers Universitaires/CHUs)* e hospitais gerais, pertencem ao setor público, numa rede regulada pelo Ministério da Saúde, onde os especialistas atuam como assalariados.

Propostas relacionadas com a atenção primária enquanto estratégia para reorganização dos cuidados tiveram uma fraca penetração na França, embora a porta de entrada do sistema ocorra através dos consultórios de generalistas cujo número é expressivo. Até 2005 o acesso era livre, sem necessidade de referência nem limites de consultas, desde então foi implantada a figura do *"médècin traitant"* que deve realizar a referência para consultas especializadas, sem a qual o reembolso é menor. Todo usuário com mais de 16 anos tem que escolher um médico (sem obrigatoriedade de que seja um generalista), que passa a ser responsável pela coordenação de seu cuidado.

Além de crescentes medidas de racionalização dos gastos (pagamento por grupo de atividades nos hospitais, a *Tarification a l´activité,* por exemplo), as políticas de saúde têm focado na descentralização. Foram criadas Agências Regionais de Saúde com incentivo a um modelo de governança que promova a interação (e integração) de prestadores e provedores em consonância com as necessidades locais (CONILL, 2012).

As características do *Sistema Nacional de Salud/SNS* espanhol o aproximam das propostas que fundamentaram a criação e a organização do SUS. Foi

instituído no contexto de democratização deste país durante a década de 1980. As mudanças socioeconômicas haviam permitido o desenvolvimento do sistema de proteção social (*Instituto Nacional de Salud/INSALUD)* que cobria mais de 80% da população com uma expansão de instalações e serviços. A Constituição (1978) e a *Ley General de Sanidad/LGS* (1986) garantiram a universalização que passou a ser financiada por fontes fiscais.

Tal como no Canadá, há uma descentralização para as comunidades autônomas que são responsáveis pela gestão dos sistemas regionais. Embora haja variações entre estas comunidades, a prestação de serviços está organizada em atenção primária (porta de entrada) e cuidados especializados por áreas de saúde (100.000-200.000 hab.), com pelo menos um hospital geral para emergência, internações e referência especializada.

Para ter acesso ao sistema, é preciso registrar-se num centro de saúde na lista de um médico de atenção primária (1300 a 2000 inscritos), cujo nome passa a constar em seu cartão sanitário *(médico de cabeceira*), que permite conhecer informações sobre o usuário. No caso de uma criança, a inscrição é feita para um pediatra. Os profissionais são assalariados e funcionários do *SNS*.

Um aspecto a salientar na criação do *SNS* foi a opção por formar um grande número de especialistas em Medicina de Família e Comunidade desde o início de sua implantação (quinhentas vagas de residência por ano), o que favoreceu a expansão de práticas de atenção primária. Durante o período de ajustes macroeconômicos e políticas neoliberais (1980-1990), ocorreram pressões para modificar o *SNS*s, as quais não obtiveram sucesso.

Na crise que atingiu alguns países da União Europeia em 2010, particularmente importante na Espanha, foram implementadas medidas de restrição orçamentária (aumento de copagamentos, privatizações, entre outras), ameaçando a qualidade dos serviços. Mudanças legais alteraram os princípios do *SNS*, que deixou de ser um direito de cidadania, voltando a estar vinculado à condição de beneficiário da Seguridade Social. Recentemente, após pressões de parlamentares e movimentos sociais em defesa do sistema, esta decisão foi revogada, com retorno à condição anterior.

O quadro 1 sintetiza as características desses sistemas, além de comparar alguns indicadores de financiamento.

Quadro 1 – Principais características dos sistemas de saúde dos Estados Unidos, Canadá, Reino Unido (Inglaterra), França e Espanha

Características					
Tipo de sistema Acesso	Pluralista de mercado Seguros privados *Medicare* *Medicaid*	Seguro/ sistema nacional	*National Health Service/NHS*	Pluralista solidário Seguro público	*Sistema Nacional de Salud*
Financiamento US$ per capita % PIB % Público	8.700 16.4 48.2	4350 10.2 70.6	3.200 8.5 86.6	4.100 10. 9 78.7	2.928 7.6 71.7
Regulação Gestão	**Federal** Estadual Agências ***Managed care***	Federal **Gestão províncias**	Nacional ***Dep. of Heatlh*** **Gestão Distrital**	Ministério da Saúde **Agências Regionais**	Ministério da Saúde **CCAA** **Gerências de área**
Organização/ Prestação	Multiplicidade de arranjos e prestadores, Consultórios "APS"	"Redes", hospitais filantrópicos, públicos Consultórios privados APS	Rede, hospitais públicos Consultórios Privados-*GP´s* APS	Redes regionalização Hospitais públicos Consultórios privados	Territorializado APS/ AE Hospitais públicos Centros de Saúde

Fonte: Conill (2012); OCDE (2015).

Para finalizar o tópico, apontamos alguns elementos que ajudam a refletir acerca de seu desempenho. Os dados foram compilados a partir de inquéritos (Barômetro Sanitário no caso da Espanha, estudo comparado feito pela *Commonwealth Fund* para os demais países), além de indicadores dos sistemas de informação da *OECD*. As categorias utilizadas para selecionar os indicadores nessa análise foram:

1) Determinantes socioeconômicos e demográficos – população, renda e comportamento (tabagismo, obesidade);
2) Situação de Saúde – esperança de vida, mortalidade (anos potenciais de vida perdidos/APVP por gênero), mortalidade infantil e por causas específicas;
3) Qualidade dos cuidados – internações evitáveis (asma, diabetes), mortalidade hospitalar (Infarto Agudo do Miocárdio/IAM, Acidente Vascular Cerebral Isquêmico/AVC), rastreamento de neoplasias malignas, sobrevida para neoplasias, imunização;
4) Acesso – barreiras financeiras, consulta no mesmo dia, tempos de espera (atenção especializada, cirurgias), satisfação;

5) Gastos/Financiamento – direto das famílias, farmacêutico, % gasto com seguro privado nas despesas.

O quadro 2 apresenta uma síntese do resultado obtido nessa comparação com destaque para os principais aspectos positivos e negativos do desempenho desses sistemas. O conjunto dos indicadores que deram origem a essa síntese pode ser consultado na íntegra no trabalho original (CONILL, 2012).

Quadro 2 – Síntese da comparação do desempenho dos sistemas de saúde – Estados Unidos, Canadá, Reino Unido (Inglaterra), França e Espanha

Fonte: CONILL (2012).

É possível observar que, nos Estados Unidos, com sistema de gastos elevados e alta incorporação tecnológica, havia um bom desempenho no rastreamento de câncer, nos tempos de espera para especialistas e cirurgia. E também para o controle do tabagismo que, ao contrário da obesidade, apresentava bons resultados. Porém, existiam problemas no acesso e na satisfação dos usuários.

Os critérios e indicadores analisados confirmaram dificuldades no desempenho comparado do sistema canadense: obesidade, mortalidade infantil, tempos de espera, menor satisfação e aumento dos gastos diretos. No entanto, era positivo o controle do tabagismo, as internações por asma, a sobrevida do câncer de mama e a mortalidade hospitalar por IAM. A Inglaterra tinha um bom desempenho para APVP em homens, satisfação dos usuários e ausência de barreiras financeiras no acesso. Notava-se a existência de problemas com internações por

asma, mortalidade hospitalar por AVC e na sobrevida por câncer de colo, o que surpreende num sistema orientado pela APS.

A França mostrou pontos positivos em relação às mortalidades (APVP, infantil, cardiovascular), menor espera para cirurgias, sobrevida para câncer de colo uterino e gastos diretos, mas pontos negativos para tabagismo, mortalidade por câncer e gasto farmacêutico. Na Espanha, há um bom desempenho para mortalidade (APVP, infantil, mama), internações por DM (o que é coerente com APS), satisfação e baixo uso do seguro privado. Porém, o tabagismo permanecia como um problema a ser enfrentado, as mortalidades por câncer e o gasto farmacêutico.

REFORMAS NA AMÉRICA LATINA E AS PARTICULARIDADES DA REFORMA BRASILEIRA

Os sistemas latino-americanos ainda se caracterizam por uma importante segmentação no acesso e uma multiplicidade de arranjos no financiamento, prestação e utilização dos serviços. O seguro social, com contribuições vinculadas ao trabalho, foi a primeira e a forma predominante de proteção em nosso continente durante muitas décadas, com a atenção à população de menor renda sendo feita por estruturas do setor público mantidas por recursos fiscais. Este é o tipo de sistema que ainda predomina, por exemplo, na Argentina e no Paraguai. Fleury (2011) identifica três modelos principais de reformas que ocorreram na região: o de mercado estabelecido no Chile em 1980, o de seguro feito na Colômbia com a Lei 100 de 1993 e um modelo público universal estabelecido no Brasil com a Constituição de 1988. Mais recentemente, países como o México e o Peru expandiram o acesso na direção de um segurole universal progressivo com coberturas diferenciadas entre os regimes contributivos e os subsidiados. Em 2007, o Uruguai instituiu o *Sistema Nacional Integrado de Salud* (SNIS), com a extensão gradativa da cobertura de cuidados integrais através de um Fundo público único com reformas no modelo assistencial (maior coordenação, APS).

Durante a ditadura de Pinochet, o Chile, primeiro país latino-americano a propor a organização de um serviço nacional de saúde (década de 1950), teve o rumo dessa política radicalmente modificado por uma reforma orientada para o crescimento do setor privado. Tornou-se possível optar pela destinação das

contribuições obrigatórias para o setor público ou privado, com aumento no valor dessas contribuições e diminuição do aporte fiscal. Criou-se o *Fondo Nacional de Salud* (FONASA) para arrecadação, administração, credenciamentos e honorários no sistema público, além de incentivos às operadoras de seguros privados, denominadas *Instituciones de Salud Previsional* (ISAPRES*)*. A APS e práticas de saúde pública e promoção passaram a ser atribuição dos municípios.

Foram estabelecidas três modalidades de atendimento: institucional nos serviços próprios do *Sistema Nacional de Serviços de Saúde (SNSS),* com copagamentos ou bonificações segundo a renda ou livre escolha, em que o usuário elege clínicas ou hospitais mediante ordem de serviços, copagamentos; modalidade *ISAPRES*, com modulações nas coberturas conforme pagamentos complementares (CONILL, 2012).

Ocorreu um gradativo sucateamento dos serviços públicos, além de problemas de acesso e gastos excessivos nas *ISAPRES.* Com a redemocratização do país, ocorreram ações para ampliar o acesso e melhorar a qualidade dos serviços: aumento do aporte fiscal, diminuição de copagamentos, retirada de subsídios das ISAPRES; recuperação da rede pública, estímulo à APS e estabelecimento de redes regionalizadas e integradas (IRD EUROSOCIAL SALUD, 2007). Começou a vigorar a lei do *Acceso Universal para Prestaciones Integrales y Garantias Explícitas* (Plano AUGE), que estabeleceu garantias para problemas prioritários com parâmetros de acesso, oportunidade (tempo ou prazos para o atendimento), qualidade e proteção financeira (limites de copagamento ou gratuidade), a serem exigidos no sistema público e privado.

Não há unanimidade quanto aos efeitos dessa medida: teria ocorrido aumento na utilização de consultas com filas de espera e distribuição de *vouchers* para prestadores privados, mas também diminuição de internações por problemas incluídos na lista de garantias, o que sugere vantagens de um acesso facilitado. Uma revisão feita por Missoni & Solimano (2010) destacou a importância do AUGE por explicitar direitos e com isso diminuir desigualdades, porém haveria fragilidades na metodologia de priorização dos problemas, divulgação junto aos mais vulneráveis, apoio dos profissionais, monitoramento e limites dos recursos financeiros para sua continuidade.

A estratégia de reforma adotada na Colômbia ficou conhecida como pluralismo estruturado e também atribuía um papel central aos planos privados de saúde.

Em 1993, foi criado o *Sistema General de Seguridad Social en Salud* (*SGSSS*), *Ley* 100, com dois Planos Obrigatórios de Saúde (POS): um para o regime de seguro contributivo e outro, mais restrito, para o subsidiado. O eixo dessa reforma foi a separação entre financiamento, asseguramento e prestação de serviços.

As *Entidades Promotoras de Salud (EPS)* – públicas ou privadas – funcionam como operadoras do seguro. São responsáveis pelo registro de filiados, pagamento de prestadores e pela prestação dos serviços através de uma rede de prestadores públicos e privados, *Instituciones Prestadoras de Servicios* (*IPS*). O sistema de proteção do regime contributivo foi unificado num *Fondo de solidaridad y garantia (FOSYGA*), responsável pelo pagamento das EPS – *Unidades de Pago por capitación* (*UPC*) –, ajustadas por idade e sexo, e pela transferência de um porcentual de recursos para o regime subsidiado. As atividades de saúde coletiva ficaram a cargo de departamentos e municípios financiadas por recursos fiscais.

Seus resultados são controversos. Calderón *et al.* (2011) destacaram um aumento considerável da cobertura (em torno de 90% no período 1993-2009, sendo o crescimento do plano subsidiado três vezes superior ao contributivo). Para outros, como Romero (2011), Homedes & Ugalde (2011), o modelo adotado não superava desigualdades no acesso, além de representar uma abertura para o mercado privado com precarização do trabalho e uma fragmentação difícil de regular.

Gradativamente, uma série de problemas levou a uma revisão das bases legais e do funcionamento do sistema de saúde colombiano: uma crescente judicialização (tutelas), consumo desregulado de medicamentos, insuficiência de recursos públicos, problemas econômicos estruturais com maior incremento do regime subsidiado frente ao contributivo, questões administrativas de diversas ordens (falta de clareza e atualização nas listas de garantias, por exemplo), corrupção com perda de legitimidade das *EPS*.

Em 2011, uma nova lei (*Ley* 1438) foi votada em meio a muita polêmica e debate de atores governamentais, políticos, entidades profissionais e sociedade civil. Essa lei estabelece o acesso universal como um direito da cidadania e a atenção primária como estratégia para organizar a prestação dos serviços. Para alcançar esse propósito, o novo marco legal prevê a unificação dos planos de benefícios com uma atualização a cada dois anos dos procedimentos cobertos. Em 2012, a arquitetura do sistema continuava composta pelos regimes contributivo, subsidiado, especial (militares, magistério, petroleiros, entre outros) e

por não assegurados, cujo atendimento é previsto em serviços disponíveis das Secretarias de Saúde dos entes territoriais (Departamentos e municípios). Para Franco-Giraldo (2012), seus objetivos principais estariam direcionados para a maior regulação das operadoras e sustentabilidade financeira sem uma mudança estrutural nas características do modelo assistencial.

Ao contrário do que ocorreu no Chile e na Colômbia, a reforma sanitária brasileira propôs a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS) como forma de garantir o acesso universal e a integralidade da atenção, cujo marco legal foi a Constituição promulgada em 1988. Foram extintos os serviços de assistência médica da Previdência Social, estabelecendo-se um sistema descentralizado com gestão compartilhada entre União, Estado e municípios baseado em fontes fiscais.

A ausência de investimentos compatíveis com a ampliação da cobertura favoreceu o crescimento dos seguros privados (segmento suplementar) que passou a cobrir trabalhadores dos setores mais dinâmicos da economia e a população dos estratos de renda média e alta. O resultado é um sistema com uma composição público-privada no financiamento, na prestação e utilização dos serviços, caracterizando um sistema universal com cobertura duplicada, desigual e subsidiada por renúncia fiscal (gastos com saúde são descontados no imposto de renda). Essa situação configura desigualdades no acesso, dificuldades de coordenação, pressões tecnológicas e de consumo sobre o setor público, com diversos arranjos em função da transversalidade dos profissionais e dos usuários nos dois subsistemas (CORDEIRO *et al.*, 2011).

Diversas questões referentes à implementação do SUS têm sido apontadas, com uma expressiva quantidade de trabalhos bem fundamentados sobre o tema. Por essa razão, consideramos mais interessante contribuir nessa discussão apontando alguns dos principais aspectos que caracterizaram a reforma brasileira, numa perspectiva internacional comparada. Os nós críticos são apontados para cada uma das três esferas relevantes na construção social de uma política de saúde: na macrossocial, que é a arena da formulação das políticas; na mesossocial, que é o campo da governança e da gestão, onde devem ser implementadas medidas para sua operacionalização; e na microssocial, onde ocorrem as práticas com interação entre prestadores (profissionais, equipes, serviços de apoio) e a população. A figura 1 sintetiza as principais características dessas reformas e dos sistemas de saúde latino-americanos.

Figura 1 – Reforma dos sistemas latino-americanos

Fonte: elaboração própria (2017).

Nessa primeira esfera, os estudos das reformas dos países centrais mostram que esses sistemas foram construções históricas, centradas na expansão gradativa da atenção médica com um seguro público que já operava com alta cobertura. Também ocorreu uma efetiva participação e uma negociação com atores sociais relevantes (partidos políticos, categoria médica). O financiamento público foi adequado, com um papel restrito e apenas complementar dos seguros privados (no Canadá só podiam operar em serviços não oferecidos pelo governo). Na análise das políticas de recursos humanos identifica-se a formação incremental de médicos de família e comunidade (Espanha), existência de carreira no serviço público (o *NHS* é um dos grandes empregadores na União Europeia), e os especialistas são funcionários assalariados em hospitais públicos (*NHS*, França; *SNS* Elespanhol). No Brasil, em 2015, após vinte e sete anos de implementação do SUS, os médicos de família e comunidade/MFC representavam apenas 1,2% dos especialistas (SCHAEFFER, 2015), com ausência de planos de carreira e aumento de profissionais que atuam no setor privado.

Embora a reforma sanitária tenha ocorrido numa conjuntura de redemocratização do país, Gerschman (1995) usa o termo de "democracia inconclusa" para o caráter ainda limitado da interação dos atores e de sua representatividade

para a formulação de políticas. As propostas do SUS foram uma bandeira do "movimento sanitário", constituído principalmente por profissionais da saúde coletiva com apoio de alguns movimentos sociais e de partidos mais progressistas. Houve pouco envolvimento de outros atores sociais estratégicos, incluindo a categoria médica. O patamar de financiamento público se manteve inferior a 50% (compatível com o modelo privatista do sistema americano), com crescimento importante dos seguros privados.

Evidentemente, outros elementos são necessários para complementar a compreensão da trajetória do SUS, tais como: uma "reforma tardia" numa conjuntura já marcada por políticas neoliberais, a ênfase na arquitetura jurídica e institucional sem mudanças positivas no modo de atender as pessoas nos dez primeiros anos de sua implantação, e as características de nossa formação histórica, econômica, política e social (capitalismo periférico com grande heterogeneidade estrutural, fragilidade de forças sociais e de sua representatividade, raízes escravocratas com uma cidadania segmentada).

Na esfera mesossocial, nota-se que a descentralização e o modo de governança dos países centrais se caracterizam por uma delegação de responsabilidades até Províncias, Comunidades Autônomas ou regiões (no caso da França) com um menor número de operadores. No Brasil, a descentralização ocorreu até os municípios num complexo processo de gestão e planejamento da prestação de serviços. Existem mais de 5.500 operadores, que são os municípios onde as pessoas ingressam no sistema. A maior parte é de pequeno porte e, além disso, o modelo é marcado por alta influência e rotatividade político-partidária.

Num organograma formal, a arquitetura do processo de gestão pode sugerir uma proposta bastante avançada, democrática e participativa. São considerados gestores o governo federal, estadual, municipal; as fontes de financiamento estão organizadas em Fundos em cada uma dessas instâncias; os processos decisórios ocorrem por consenso na Comissão Tripartite nacionalmente e nas Comissões Bipartites nas Unidades Federadas (Estado e representante dos municípios); de um modo geral, os serviços de alta complexidade são responsabilidade da União, a média complexidade é garantida por estados e a atenção básica pelos municípios, os quais, em princípio, estão mais próximos da população; o controle social está previsto em todos esses níveis através de Conselhos de Saúde, nacional, estadual e municipal, além de conferências realizadas a cada quatro anos.

Na prática, a experiência tem mostrado um processo de gestão fragmentado que esbarra em amarras legais e administrativas em decorrência de tantas instâncias e instituições. Isso se expressa na dificuldade de melhorar e manter estabelecimentos, contratar serviços e construir uma rede integrada, apesar de um conjunto de medidas e propostas que se sucederam ao longo dos anos (Normas Operacionais, Pactos, Contrato Organizativo de Ação Pública/COAP, entre outras).

Finalmente, na esfera microssocial, uma das principais diferenças é que os sistemas universais estudados são utilizados por todos os segmentos da população, enquanto no Brasil os estratos de maior renda, classe média e trabalhadores formais estão cobertos por seguros privados. Isto retira do sistema grupos sociais com maior influência, além de favorecer diversos arranjos para obtenção dos cuidados em função da transversalidade dos profissionais e dos usuários nos dois subsistemas. Além disso, há uma grande desigualdade na oferta de serviços entre o SUS e o segmento de saúde suplementar que possui uma disponibilidade bem maior de leitos e de exames para apoio diagnóstico e terapia, tais como aparelhos de ressonância, mamógrafos, tomógrafos, raio X para hemodinâmica, aparelhos para radioterapia e medicina nuclear, respectivamente sete, cinco, quatro, três e duas vezes mais (SANTOS, 2008). Essa situação leva ao aumento nos tempos de espera o que desqualifica o SUS, diminui sua legitimação e, consequentemente, sua defesa por parte da população.

No entanto, seria incorreto não destacar conquistas que ocorreram nesse percurso. Se considerarmos as dificuldades de financiamento, é provável que estejamos falando de um sistema altamente custo-efetivo apesar dos problemas de acesso e qualidade já apontados. Um verdadeiro "milagre" de desempenho na escassez, que se explica em parte pela dedicação e esforços continuados de muitas pessoas.

Os avanços do SUS são reconhecidos em diversas áreas (transplantes, imunizações, controle e tratamento de pacientes com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, desenvolvimento técnico-científico, formação de recursos humanos), expansão de serviços de atenção básica, tratamentos hospitalares e exames de alta complexidade em todas as regiões do país. Também a garantia da atenção a qualquer pessoa que esteja em território brasileiro, a assistência farmacêutica e a odontológica são características realmente únicas de nosso Sistema Único de Saúde, sem equivalência em nenhum outro sistema.

Uma análise feita a partir de dados de uma matriz analítica desenvolvida pelo Observatório Iberoamericano de Políticas e Sistemas de Saúde/OIAPSS (CONILL *et al.*, 2018) permitiu identificar tendências de alguns sistemas de saúde latino-americanos (Argentina, Brasil, Colômbia, Peru e Paraguai) durante a primeira década do século XXI. Embora no Brasil, de 2000 a 2012, a participação de recursos públicos no financiamento da saúde tenha aumentado passando de 40.3 para 44.3%, confirma-se o baixo patamar das fontes públicas, o que tem sido enfatizado como um grande entrave para o SUS em inúmeros trabalhos (PIOLA, 2012; MARQUES & PIOLA, 2014).

Apesar disso, o país apresentou os melhores resultados na área de saúde materna e infantil com redução expressiva da mortalidade materna, infantil, pós-neonatal e em menores de cinco anos. O mesmo ocorreu para a redução da mortalidade proporcional por diarreia e Infecção Respiratória Aguda (IRA). Esses dados coincidem com trabalhos que estabelecem a relação desses resultados com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que, de um programa em 1994, passou a ser uma política para reorientação do modelo assistencial. Em 2017, cobria em torno de 60% da população, com mais de 40.000 equipes implantadas. Apesar de alguns entraves em seu desenvolvimento, pesquisas vêm demonstrando resultados positivos com diminuição de desigualdades na utilização dos serviços, na mortalidade em menores de cinco anos e nas internações por condições sensíveis à APS.

Quadro 3 – Particularidades da Reforma Brasileira numa perspectiva comparada

- ✓ Países centrais analisados: construções históricas; sistemas de atenção médica; seguro público com alta cobertura; participação efetiva da sociedade; negociação com categoria médica;
- ✓ Financiamento público adequado; papel restrito do seguro privado; sistema que TODOS usam;
- ✓ Modelo de gestão: descentralização até estados ou regiões; menor número de operadores;
- ✓ Formação incremental de médicos de família e comunidade; carreira; especialistas; funcionários em hospitais;
- ✓ “Democracia inconclusa”; seguro público ainda limitado; pouco envolvimento de atores sociais e estratégicos, incluindo categoria médica;
- ✓ Financiamento público menor que 50%; crescimento dos seguros (classe média, trabalhadores formais); arranjos adversos; influência com uso intensivo de tecnologia e especialização;
- ✓ Descentralização até os municípios, num complexo processo de gestão e planejamento da prestação de serviços;
- ✓ MFC representam 1,2% dos especialistas (Schaeffer, 2015); ausência de carreira; aumento de profissionais no setor privado.

Fonte: elaboração própria (2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nestas considerações finais, reiteramos um conjunto de observações que foram se somando no estudo comparado de sistemas de saúde e que procuramos sintetizar e atualizar neste texto. A primeira delas é de que a trajetória das reformas tem mostrado um movimento pendular em que muitos discursos se repetem. De um lado, propostas que, coincidindo com crises cíclicas e ajustes macroeconômicos, fazem o pêndulo oscilar para a contenção de gastos, supressão de direitos com abertura ao mercado privado sob o argumento de que competição melhora qualidade. De outro, em conjunturas econômicas favoráveis ou aberturas políticas, o reconhecimento da saúde como direito e condição para o desenvolvimento e coesão social, ênfase na construção de redes coordenadas pela atenção primária para garantir a racionalidade necessária à qualidade e sustentabilidade do sistema.

O panorama apresentado mostrou que sistemas nacionais com prestação integrada de serviços de base territorial têm bons indicadores de saúde sendo sustentáveis do ponto de vista macroeconômico. Porém, o caráter público que favorece virtudes por diminuir a segmentação social, encerra fragilidades e desafios (listas de espera, burocratização, corporativismo). No entanto, as reformas que apostaram no mercado não têm mostrado um desempenho superior.

A existência de listas de espera aparece como um dos problemas mais importantes dos sistemas nacionais. E sabemos que a forma como a qualidade é percebida pelos usuários influencia no crescimento de seguros privados podendo ameaçar sua sustentação política e social, ao longo do tempo. Qualidade e equidade são atributos que estão juntos e se retroalimentam. Mas há uma diferença entre qualidade no plano individual e coletivo. No coletivo, a qualidade no acesso é julgada pela diminuição de desigualdades com gastos sustentáveis; já no plano individual, o que satisfaz aqueles que usam os serviços é obter uma resposta rápida e eficiente frente à doença, sem levar em conta custos. São noções distintas que para serem conciliadas exigem compreensão, discussão e negociação com envolvimento de toda a sociedade.

É necessário mostrar a importância do modelo de atenção e ter clareza sobre a diferença entre cobertura universal e um acesso igualitário e oportuno a um sistema de saúde. A doença (e a saúde) se tornou um setor econômico de grande acumulação. Temos insistido que um dos principais impasses na organização dos

serviços é equacionar sustentabilidade com qualidade em sociedades que geram doença e, ao mesmo tempo, estimulam uma cultura de consumo como resposta. A indagação diante das propostas de uma política de cobertura universal é saber se favorecerá um acesso oportuno ou criar oportunidades de negócios. Sistemas orientados pela APS demonstram vantagens nesse sentido.

REFERÊNCIAS

BORYSOW, I. da C.; CONILL, E. M.; FURTADO, J. P. Atenção à saúde de pessoas em situação de rua: estudo comparado de unidades móveis em Portugal, Estados Unidos e Brasil. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 879-890, mar. 2017. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.25822016. Acesso em: 6 nov. 2018.

BRISTOL, N. US passes landmark health-care bill. **The Lancet**, v. 375, n. 9721, p. 1149-50, 03 Apr. 2010.

CALDERÓN, C. A. A. *et al*. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. **Ciência Saúde Coletiva.** 16 (6): 2817-2828, 2011.

CAMPOS, G. W. S. Reforma da reforma: repensando a saúde. São Paulo: HUCITEC; 1992.

CHEVREUL, K. *et al*. France: health system review. **Health Systems in Transition**, v. 12, n. 6, p. 1-291, 2010. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/135809/E94856.pdf. Acesso em: 6 nov. 2018.

CONILL, E. M. *et al*. Determinantes sociais, condicionantes e desempenho dos serviços de saúde em países da América Latina, Portugal e Espanha. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 7, p. 2171-2186, July 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000702171&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 nov. 2018.

CONILL, E. M. Sistemas comparados de saúde. *In*: CAMPOS G. W. S. *et al.*(org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 2012. p. 591-659.2.

CONILL, E. A análise comparada na avaliação de serviços e sistemas de saúde. *In*: CAMPOS R. O.; FURTADO, J. P. **Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde.** Campinas – SP: Unicamp, 2011. p. 159-84.

CORDEIRO, H. *et al.* Por uma redução nas desigualdades em saúde no Brasil: qualidade e regulação num sistema com utilização combinada e desigual. *In*: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (org.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2011. p. 129-151.

FAUSTO, M. C. R. *et al.*A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde em Debate,** 2014, 38:13-33.

FLEURY, S. Direitos sociais e restrições financeiras: escolhas trágicas sobre

universalização. **Ciência Saúde Coletiva.** 16 (6): 2686-2688; 2011.

FLEURY, S. (org.). **Democracia, descentralização e desenvolvimento:** Brasil e Espanha. Rio de Janeiro: FGV; 2006.

GIRALDO, F. A. Referentes teóricos para el análisis de la reforma del sistema de salud colombiano, **Rev. Gerenc. Polit. Salud**, Bogotá (Colombia), 11 (22): 28-42, enero-junio de 2012. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-70272012000100003&lng=e&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 13 nov. 2018.

HOMEDES, N.; UGALDE, A. Reformas de salud y equidad en América Latina. **Ciência Saúde Coletiva**. 16 (6): 2690-2692; 2011.

GERSCHMAN, S. **A Democracia Inconclusa.** Um estudo da Reforma Sanitária Brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

GIOVANELLA, L. *et al.* **Sistemas de salud en Suramerica:** desafíos para a la universidad la integralidad y la equidad. Capítulo VI – Sistemas de salud en Colombia. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (Rio de Janeiro): ISAGS, 2012. p. 348-439.

IRD EUROSOCIAL SALUD. **Dossiers nacionales de atención primaria en salud y integración con otros niveles de atención.** Intercambio III. 02 de janeiro de 2007. EuropeAid, Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz; 2007.

LOBATO, L. V.; GIOVANELLA, L. **Introdução à Investigação em Sistemas e Serviços de Saúde.** Curso à Distância de Aperfeiçoamento em Metodologias de Investigação em Sistemas e Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: Escola de Governo/ENSP/FIOCRUZ e Rede de Investigação em Sistemas e Serviços de Saúde; 2006.

MACINKO, J.; COSTA, M. F. L. Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998-2008.**International Journal for Equity in Health**, 2012 (11): 33. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3444440/. Acesso em: 16 nov. 2018.

MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F. O financiamento da saúde depois de 25 anos de SUS. *In*: RIGOTTO, M. L. F.; COSTA, A. M. (org.). **25 Anos de Direito Universal à Saúde.** Rio de Janeiro: Cebes, 2014.

MENDONÇA, C. S. *et al.*Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. **Health Policy and Planning**. 2011: 1–8. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21666271. Acesso em: 16. nov. 2018.

MISSONI, E.; SOLIMANO, G. **Towards Universal Health Coverage:** the Chilean experience World Health Report (2010). Background Paper, N. 4. Genebra: WHO, 2010. Disponível em: http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/4Chile.pdf. Acesso em: 13 nov. 2018.

NORONHA, J. C.; GIOVANELLA, L.; CONILL, E. M. Sistemas de Saúde da Alemanha, do Canadá e dos EUA: uma visão comparada. *In*: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. (org.). **Saúde Coletiva.** Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Medbook, 2014, p. 151-172.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (ECD). **Health at a Glance 2015:** OECD Indicators. OECD Publishing, Paris, 2015. Disponível em: https://doi.org/10.1787/health_glance-2015-en. Acesso em: 06 nov. 2018.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SAUDE (OMS). La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal.Ginebra: OMS, 2010. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44373/1/9789243564029_spa.pdf. Acesso em: 06 nov. 2018.

PIOLA, S. F. *et al.* Financiamento do Sistema Único de Saúde: Trajetória Recente e Cenários para o Futuro. **Análise Econômica**, Ano 30, Número Especial. Desenvolvimento e Saúde, Porto Alegre, 2012.

RASELLA, D.; AQUINO, R.; BARRETO, M. L. Reducing Childhood Mortality From Diarrhea and Lower Respiratory Tract Infections in Brazil. **Pediatrics**, 2010: 126(3):1-7.

ROMERO, R. V. Direitos Reducción de los derechos sociales. **Ciência Saúde Coletiva.** 16(6): 2692-2694, 2011.

SANTOS, I. S. *et al.* O mix público privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciência Saúde Coletiva,** 2008: 13: 1441451. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000500009&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15 nov. 2018.

SCHEFFER, M. D. dos A. *et al.* **Demografia Médica no Brasil 2015**. Disponível em: https://www.usp.br/agen/wp-content/uploads/DemografiaMedica30nov2015.pdf. Acesso em: 15 nov. 2018.

SCHERER, M. D. dos A. *et al.* Desafios para o trabalho em saúde: um estudo comparado de Hospitais Universitários na Argélia, Brasil e França. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2265-2276, jul. 2018. Disponível emhttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000702265&lng=pt&nrm=iso http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018237.08762018. Acesso em: 10 nov. 2018.

UNITED STATES OF AMERICA (USA). **The Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA)**. H. R. 3590. Begun and held at the City of Washington on Tuesday, the fifth day of January, two thousand and ten. (2010). Disponível em: https://www.democrats.senate.gov/pdfs/reform/patient-protection-affordable-care-act-as-passed.pdf. Acesso em: 06 nov. 2018.

6. O DIREITO À SAÚDE NO BRASIL: UMA REFLEXÃO NECESSÁRIA

Liliana Angel Vargas[1]

INTRODUÇÃO

Refletir sobre o direito à saúde no Brasil devia ser um exercício diário dentro das agendas políticas, acadêmicas e econômicas locais, na medida em que nos coloca à frente do espelho que, como em um passe de mágica, reflete os diversos momentos pelos quais o país tem passado. Situação que ocorre numa trajetória marcada por tensões e conflitos resultantes da opção de manter-se acumulada uma dívida social interna com grandes contingentes da população e de se garantirem privilégios a uma elite minoritária. Elite esta que explora, humilha e se apropria, sem nenhum constrangimento, da acumulação decorrente do processo de produção de riquezas no país.

Este texto não pretende, portanto, apresentar grandes novidades, pois as condições de vida e a postura do Estado perante à garantia dos direitos sociais, entre eles o direito à saúde, são por todos nós conhecidos, mas pretende reforçar a necessidade de estarmos sempre atentos e dispostos a refletir sobre a necessidade de superarmos a ideia de impotência perante um *status quo*, injusto, insatisfatório e excludente.

É importante dizer, no entanto, que o caso brasileiro de omissão ao reconhecimento dos direitos sociais está diretamente relacionado a dois vetores que

---

[1] Doutora em Saúde Coletiva. Docente da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Membro ativo do Laboratório Íítalo-Brasileiro de Saúde Coletiva – Università di Bologna. Diretora do Colégio Doutoral Tordesillas de Enfermagem de 2014-2016. Voluntária da Cruz Vermelha Brasileira. Pós-doutoranda no Instituto de Salud Global de Barcelona – ISGlobal.

se tencionam entre si, concomitante e permanentemente: a formação de sua estrutura social nas bases da cultura e sociedade escravocrata, desde a ocupação de seu território pelos europeus no século XVI, e a necessidade de cumprir com a bula de um processo de globalização contraditório e excludente.

Essas tensões têm gerado um modelo de sociedade ao serviço do autoritarismo e do estabelecimento de relações hierarquizadas, preconceituosas, abusivas que não deixam espaço à convivência e ao agir coletivo e solidário, uma vez que não é possível incorporar-se a ideia de direito no cerne de uma sociedade profundamente desigual.

Portanto, este capítulo se propõe a refletir sobre os caminhos tortuosos percorridos no Brasil, para o reconhecimento e garantia dos direitos da população, mesmo quando estes fazem parte do texto constitucional desde 1988. Nessa trilha, revisaremos a garantia, ou melhor, os obstáculos para a garantia do direito à saúde da população, e as ameaças reais, na atual conjuntura política, de seu Sistema Único de Saúde (SUS).

Foi essa urgente necessidade de posicionamento social em torno à defesa do SUS, que serviu de tema central do 12° Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, realizado no Rio de Janeiro, de 26 a 29 de julho de 2018, sob o título "Fortalecer o SUS, os Direitos e a Democracia". Com o *slogan* "nenhum direito a menos", esse importante fórum acadêmico e político se posicionou a favor de se defender o SUS, por sua intrínseca relação com a garantia do direito à saúde no país.

Dessa forma, e apoiado em fontes bibliográficas de reconhecidos autores na área da política de saúde, este texto é um convite a revisitar a grande conquista que significou o fato do direito à saúde fazer parte do legado da Constituição de 1988. E, motivados por essa determinação política jurídica e legal, que possamos resgatar o ânimo para defender com paixão o direito à vida e o direito a ter direitos na sociedade brasileira.

A DIFÍCIL TRAJETÓRIA DOS DIREITOS NO BRASIL

Embora a noção de direito devesse ser inerente à própria existência humana, os caminhos percorridos pela humanidade para o reconhecimento de seus direitos têm ocorrido em trilhas e em tempos diferentes, com entendimentos

diferenciados quanto à intrínseca relação entre esses direitos, com a dignidade, o respeito e a liberdade para viver.

Após longas jornadas, nas quais, longe da noção de direito, o que se expandia era a submissão e a meritocracia, alimentadas tanto pela igreja, como por diferentes regimes e sistemas de governo, em 10 de dezembro de 1948 ocorreu, pela Organização das Nações Unidas (ONU), a promulgação da Declaração Universal dos Direitos Humanos. A Declaração partiu do reconhecimento de que a dignidade, a justiça e a liberdade humanas são fundamentais para afastar os povos da barbárie e aproximá-los da paz.

Desde então, uma série de avanços e retrocessos tem marcado a distância entre a retórica que envolve o tema e a realidade vivida e sentida por enormes contingentes da população, em diversas escalas territoriais. Há muitos habitantes do planeta Terra que, em pleno século XXI, sequer sabem da existência de um documento que trate desse assunto. E poucos têm vivido a experiência pessoal e coletiva de reconhecimento de seus direitos de existência civil, política e social, particularmente em contextos demarcados pelas grandes contradições do mundo globalizado.

Num país como o Brasil, que tem atravessado séculos de dominação, a partir da chegada dos europeus no século XVI no seu território, podemos identificar diversas fases de negação dos direitos a seus habitantes. Tais fases vão da estruturação de uma sociedade escravocrata que formalmente se encerrou no início do século XIX, embora alguns de seus tentáculos sobrevivam até hoje, ao totalitarismo vivido por duas décadas no século XX, até a atual dependência, em sua condição de economia periférica, às leis do mercado e da globalização.

Essas situações foram deixando pouco espaço, de tempo e de vida, para que sejam respeitados, de fato, os direitos reconhecidos universalmente como Direitos Humanos, inclusos aqueles que fazem parte do pacto social selado em sua Constituição de 1988, reconhecida como Constituição cidadã.

Marcas dessa trajetória se expressam dentro de uma gritante e estrutural desigualdade social, que coloca o país como referência vergonhosa de uma realidade que se alastra ao longo do tempo e que se perpetua, ao naturalizar-se a omissão do Estado, de sua condição de responsável direto de prover medidas concretas para o enfrentamento e a superposição de injustiças a que está submetida a sociedade brasileira.

Assim, o Brasil abre espaço para que, concomitantemente, habitem em seu território uma pequena parcela de população com acesso a benefícios e privilégios da acumulação da dinâmica social equiparados ao século XXI, enquanto grandes parcelas ficam periféricas e excluídas de qualquer favorecimento real. E isso ocorre dentro de um sistema no qual muitos daqueles que sustentam a concentração e expansão do capital com sua força de trabalho são "esquecidos" na hora de distribuir socialmente as vantagens do "desenvolvimento" e da acumulação.

Isto, para além de tratar-se de uma injustiça social, ao provocar segregação e desfavorecimento material, expressa também a ausência do reconhecimento da dignidade e condição de cidadãos deste país. Importante frisar que em nenhum desses dois casos pode-se falar em direitos, nem em cidadania, mas de privilégios e dádivas, que são condições da não cidadania.

Dessa forma, torna-se sempre atual o alerta que Celso Furtado (1973) nos fez em seu livro "O Mito do Desenvolvimento Econômico". Ele aponta que, no Brasil, o mito do desenvolvimento econômico ocorre a partir do momento em que se criou um nível de desenvolvimento do qual a maior parte da sua população não conseguia participar, nem ter acesso.

O maior problema é que as possibilidades de superar essas iniquidades ficam cada vez mais incertas dentro do Estado contemporâneo, submetido às regras impostas pela globalização, em que não se valoriza o público e se geram tensões e contradições na governabilidade desse Estado.

Nesse contexto,

> [...] a política pública neoliberal enfatiza o mercado; nela, o governo deve intervir na sociedade apenas para remover obstáculos ao crescimento. Como se acredita que a maioria desses obstáculos reside no setor público, ou nas estruturas regulatórias implementadas pelo governo, desregulamentação e cortes nos gastos públicos são instrumentos essenciais para esse tipo de governo (PIERRE, 2016, p. 43).

Podemos afirmar, portanto, que a garantia dos direitos no Brasil tem seguido caminhos tortuosos e difíceis, tensionados entre avanços e retrocessos. Os primeiros, mais palpáveis no campo da retórica, e os segundos, mais sentidos no âmbito do viver cotidiano. No entanto, é preciso reconhecer que importantes conquistas também fazem parte dessa história, principalmente, a partir de sua redemocratização, em meados da década de 1980.

> No entanto, a indefinição de um novo contrato social pactuado entre o Estado e a sociedade brasileira nos remete a uma interminável *transição democrática*, na medida em que a cultura política herdada ao longo da história do país tem-nos impedido de vivenciar de fato os reais alcances de uma verdadeira democracia, organizada a partir do consenso e dos pactos sociais. (VARGAS, 2001, p. 190).

Assim, o horizonte da garantia dos direitos no Brasil continua nebuloso e incerto, particularmente, em tempos de crises – seja econômica, política e/ou socioambiental – sustentadas por uma profunda crise ética. A partir dessa crise ética se abriu espaço à corrupção e às mais diversas formas de segregação e exclusão social, na medida em que pessoas, assim como seus direitos, seus sonhos e sua dignidade se transformaram em meras mercadorias, cuja cotação está dada dentro das leis do mercado global e local.

O DIREITO À SAÚDE NO BRASIL, UMA CONQUISTA INACABADA...

No campo da saúde, onde se expressam de forma clara as contradições da dinâmica social, se revela que a maior carga de vulnerabilidade e risco se localiza principalmente naqueles que estão à margem do processo produtivo e em sistemas não democráticos. Portanto, a análise dos direitos humanos é condição *sine qua nom* para que se possa identificar o peso que tem o não reconhecimento desses direitos na ocorrência de processos de adoecimento e morte da população.

Essa população, que deveria ser na verdade o alvo principal de políticas de saúde capazes de diminuir e controlar esses riscos, é, muitas vezes, esquecida dentro de um processo perverso e conservador de se fazer política pública.

Segundo Oliveira *et al.* (2017, p. 21), "as políticas e programas de saúde têm a capacidade de promover ou violar os direitos humanos, incluindo o direito à saúde, dependendo da forma como são concebidos ou executados". Para estes autores, as violações aos direitos humanos, a discriminação na hora de prestar serviços de saúde, as omissões e o não respeito às necessidades dos usuários violam os direitos humanos fundamentais. Portanto, o setor saúde deve promover melhorias, tanto na sua competência como na sua sensibilidade para lidar com os direitos da população.

É importante frisar que uma longa trajetória tem sido percorrida na conquista dos direitos sociais, entre eles o direito à saúde. Assim, no contexto internacional, foi na Constituição da República Italiana, em 1948, que, pela primeira vez no mundo, se reconheceu o direito à saúde como um direito social da população daquele país, o qual se encontra vigente até os dias de hoje.

Outros instrumentos jurídicos posteriores e com décadas de distância da Constituição Italiana reconheceram o direito à saúde como um direito fundamental e necessário para o desenvolvimento social e econômico da população. Podemos citar, dentre outros, a Carta Social Europeia de 1961, revisada em 1996, a Constituição Portuguesa de 1976, a Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos de 1981, o protocolo adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos de 1988 e a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

Esta última representou uma nova possibilidade de pactuação político-social para o Brasil, num momento em que o país retomava sua democracia e, portanto, se abriam novas possibilidades de reescrever sua história, a partir de um profundo sentimento de conquista coletiva e de esperança no futuro.

Assim, embora com 40 anos de atraso em relação à Constituição italiana, no Brasil, o campo da saúde ganhou destaque no texto constitucional de 1988, quando, em seu artigo 196, se estabeleceu que "a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (BRASIL, 1988, p. 104). Embora seja importante arcabouço jurídico-legal, três décadas depois de sua promulgação continua sendo uma utopia no horizonte dos brasileiros.

No entanto, é importante chamar a atenção sobre as claras e legítimas relações que se estabeleceram desde então a partir dessa decisão constitucional. Uma delas é a relação entre democracia e saúde, na medida em que foi na retomada da democracia que ocorreu a possibilidade de que um projeto de interesse comum tão ousado, cuja base é o reconhecimento da saúde como direito social, ganhasse espaço dentro da Carta Constitucional.

Também ficou clara a associação entre esse direito e a necessidade da ação intersetorial, para, a partir do agir articulado entre as políticas públicas, se garantir, de fato, o direito à saúde. Outra relação palpável é aquela que se estabeleceu entre a saúde e a qualidade de vida, sendo a segunda condição *sine qua non* da primeira.

Com base nesse entendimento, nos identificamos com Loureiro *et al.* (2016), ao apontarem que a democracia deve estar orientada por três princípios fundamentais: em primeiro lugar as decisões do governo devem ser emanadas do sentir e da vontade popular, pois é aí que se concentra a soberania; em segundo lugar, deve prever a prestação de contas por parte de seus governantes, tanto por seus atos como por suas omissões e, em terceiro lugar, a atuação do Estado deve estar direcionada à defesa dos direitos básicos da população, tanto os individuais como os coletivos.

Portanto, podemos deduzir que uma proposta tão ambiciosa e inovadora dentro dos padrões brasileiros, como a de elevar constitucionalmente a saúde ao patamar de direito social, só poderia ser possível de concretizar-se dentro do regime democrático do Estado de Direito e com a participação massiva de sua população. Talvez seja por conta das ameaças sofridas por este Estado democrático que muitos gargalos ainda devam ser superados para sua real concretização.

É importante lembrar que, na sua origem, o sistema de saúde brasileiro se estruturou através da Lei 6.229 de 1975, em pleno regime ditatorial, com as seguintes características: centralizado no Ministério da Saúde; polarizado em ações preventivas e curativas e sem contar com a participação da comunidade. Nesse *design,* se determinou como hegemônica a figura do médico e o hospital como o local onde as ações de atenção à saúde deveriam ser realizadas, o que trouxe para o setor a definição de práticas hierarquizadas e fragmentadas, de alcance individual e curativo. Nessa estrutura, se desconsideraram a forma como os determinantes sociais, tanto do ponto de vista econômico, como cultural e socioambiental, interferiam diretamente na ocorrência do processo saúde-doença.

Ao Movimento Sanitário formado no final da década de 70, coube assumir o desafio de, se não romper, ao menos criar fissuras dentro dessa racionalidade reducionista e pouco resolutiva da complexa realidade sanitária do país. E, portanto, propôs que a saúde tivesse um entendimento ampliado, no intuito de superar as visões reducionistas, que até então tinham servido de base para a formulação da política de saúde no país.

Na proposta do Movimento Sanitário, a saúde passa a ser entendida como decorrente de acesso a condições de vida dignas, isto é, a condições de acesso à educação, ao transporte, ao lazer, à habitação, à renda, ao meio ambiente e acesso aos serviços de saúde. Esse conceito ampliado também expressa a complexidade embutida, tanto na noção, como na operacionalização da garantia do direito à

saúde, ao pressupor a necessidade de uma ação colegiada e coletiva de corresponsabilidade entre Estado e Sociedade.

> Assim, quando o Movimento Sanitário propõe um conceito ampliado de saúde, legitimado na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, cria-se uma relação indissolúvel entre a saúde da população e o patamar de cidadania definido pelo pacto social estabelecido entre Estado, governo e sociedade (GARBOIS, VARGAS e CUNHA, 2008, p. 29).

Foi com base nesse conceito ampliado de saúde que ocorreram as grandes mudanças dentro do setor, das quais podemos mencionar, entre outras: a proposta de uma visão plural e não linear sobre a ocorrência do processo saúde-doença; a valorização da Atenção Básica como porta de entrada ao sistema; a necessidade de uma intervenção intersetorial para, de fato, se trabalhar na promoção da saúde da população e não mais exclusivamente na prevenção da doença.

É importante frisar, no entanto, que os maiores avanços ocorreram na retórica progressista dessa proposta, já que problemas estruturais da sociedade brasileira, tais como a gritante desigualdade social entre seus habitantes e a pouca vontade política comprometida com a mudança, não sofreram praticamente nenhuma alteração. Portanto, continuam deixando um lastro de injustiça e de exclusão social, situações que também comprometem as possibilidades de se viabilizar o direito à saúde.

Nesse contexto, afasta-se a possibilidade real de encontrar soluções aos graves problemas sanitários do país e se abre espaço para que medidas compensatórias ajudem a controlar as tensões e os conflitos sociais. Essas medidas se baseiam em migalhas oferecidas à população através de políticas populistas, assistencialistas e focalizadas, as quais deram origem a um emaranhado de programas e ações, muitas vezes, superpostos e desconexos entre si. E, por isso, fragmentam ainda mais a atenção à saúde, que mantém inalterada uma “(des)ordem social” que parece estabelecida para que nada mude.

Portanto, concordamos com Santos (2010) quando aponta que:

> Um Estado desigual, que aprofunda as diferenças de classe e procura compensá-las com simples medidas assistenciais (mínimos existenciais), longe da promoção social, é um Estado que não opta pelo desenvolvimento das potencialidades e do crescimento da pessoa como ser humano, para que venha a ser

> participante, critica, agente de mudanças individuais e sociais, entre elas a de sua própria saúde (p. 35).

Dentro de uma perspectiva otimista, esperamos que uma nova consciência se instale no Brasil, dentro da perspectiva da saúde como produção social e somente possível a partir de um pacto social em que se respeitem as diferenças, se reconheçam as iniquidades e se construam, de forma coletiva e plural, novas trilhas no caminho do direito à saúde.

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): UM IMPORTANTE ATOR NA CONCRETIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

A partir da Constituição de 1988, também se estruturou um novo sistema de saúde no Brasil, criado a partir de seu Artigo 198 e regulamentado a partir das leis orgânicas da saúde: Lei 8.080 e Lei 8.142, de 1990.

A previsão legal é de que as ações e os serviços públicos de saúde passem a integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

> I – Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
>
> II – Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
>
> III – participação da comunidade.
>
> § 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (BRASIL, 1988, p. 104).

No artigo 7º da Lei 8.080/90, foram definidos os princípios, aqui entendidos como fundamentos éticos da proposta do SUS, sendo importante destacar a universalidade e a igualdade no acesso ao sistema. Esse destaque é proposital para chamar atenção no sentido de que esses dois princípios pressupõem o equacionamento das desigualdades sociais. De fato, somente em sociedades menos desiguais é possível compreender que os direitos devem ser garantidos a todas e todos por igual.

Assim, se confirma, no mesmo artigo da referida Lei, a integralidade e a participação da comunidade como sendo, ao mesmo tempo, princípios e diretrizes dentro da estrutura e organização da oferta e prestação dos serviços de saúde no País.

Nesse contexto, é importante frisar que as diretrizes do SUS se contrapuseram às características centralizadoras do sistema de saúde brasileiro criado em 1975. E, ao mesmo tempo, trouxe a noção de rede, o desafio de garantir-se a consolidação de um sistema único, dentro de uma estrutura descentralizada e com a participação de inúmeros atores, com graus diferentes de autonomia e de poder.

Portanto, podemos chamar de contra-hegemônica a proposta do SUS, dentro de uma estrutura historicamente centralizada, tanto do ponto de vista administrativo, como de financiamento e poder. Mais do que isso, atrevemo-nos a definir essa proposta como revolucionária, na medida em que, tanto em seus conceitos, objetivos, princípios e diretrizes, o SUS se apresenta como muito mais do que uma possibilidade de estruturar um novo sistema de saúde no Brasil, a partir da redemocratização do país. Trata-sede um convite e, ao mesmo tempo, um enorme desafio, para se estruturar as bases de um novo modelo de sociedade no Brasil, mais acessível, participativa, inclusiva e, consequentemente, mais justa e disposta a equacionar a imensa dívida social que se alastra ao longo de sua história.

No entanto, obstáculos diversos não faltam no tortuoso caminho do SUS. Assim, para Noronha *et al.* (2008),

> [...] a experiência brasileira de descentralização do SUS revela a complexidade de consolidar nacionalmente os princípios e diretrizes da política de saúde em um país de dimensões continentais e em uma federação que se distingue por: 1) marcantes desigualdades socioeconômicas entre regiões, estados e principalmente entre municípios; 2) reconhecimento dos governos locais (os municípios) como entes federativos a partir da constituição de 1988 [...]; 3) existência de mais de cinco mil municípios (90%) de pequeno ou médio porte, com limitadas condições para desenvolver todas as responsabilidades sobre as políticas públicas que lhe são atribuídas (p. 455).

Dentro dessas e outras tantas dificuldades enfrentadas para constituir uma rede de serviços de saúde nos moldes de um sistema único, o conceito de integralidade deve ser entendido como integrador, segundo Santos e Andrade (2009). E, portanto, fundamental nessa rede, na medida em que exigiu que os entes federativos gerassem um arcabouço político-administrativo para que o SUS ganhasse concretude no cenário sanitário brasileiro.

No ano em que o SUS completa 30 anos, infelizmente, novos e velhos obstáculos atravessam seu caminho, ao ponto de se configurarem em ameaças, na atual conjuntura política do Estado brasileiro.

Políticas de austeridade e o desmonte das instituições públicas de forma geral são também ameaças reais para o SUS. E, por outro lado, ocorre a cada vez mais agressiva e contundente racionalidade econômica, encontrada na venda de serviços de saúde, um vetor de expansão de capital com lucros garantidos para o setor privado, o qual goza de liberdades e privilégios dentro dessa, também desigual, relação de interesses. Assim, a saúde tornou-se uma mercadoria, disponível somente para aqueles que têm condições de adquiri-la dentro das leis da oferta e demanda do mercado global e local.

Nesse contexto, a noção de direito à saúde deixa de estar relacionada à cidadania e entra numa área cinzenta nebulosa e vazia, demarcada pelas também nebulosas e confusas relações entre público e privado no Brasil.

Portanto, hoje, principalmente, se exige a defesa dos direitos socialmente conquistados com afinco e com a mesma paixão daqueles que nos antecederam no ideário de uma sociedade mais justa, mais democrática, saudável e feliz. Assim, defender o direito à saúde é defender a vida em todas suas formas e estágios e defender um futuro mais digno e equitativo, com base num pacto transgeracional entre esta e as gerações que estão por vir. Defender o direito à saúde é também defender o SUS e vice-versa.

Mas por que defender o SUS? É necessário defendê-lo porque:

- ✓ mais de 150 milhões de brasileiros dependem integralmente do SUS atualmente;
- ✓ ele representa uma conquista da sociedade brasileira e um legado para as futuras gerações;
- ✓ se trata de uma importante arena de construção, concretização, humanização e garantia do direito à saúde;
- ✓ ele tem um compromisso claro com o direito à vida;
- ✓ os princípios e as diretrizes do SUS são elementos estruturantes na construção de um novo modelo de sociedade no Brasil;
- ✓ é o mesmo que defender a democracia e a dignidade dos brasileiros.

Dessa forma, entendemos que um grande esforço deverá ser feito se realmente quisermos a garantia do direito à saúde, através de políticas públicas e do Sistema Único de Saúde. Assim, é possível que deixem de ser vistos como luzes intermitentes em um horizonte instável, sem cores, sem certezas e sem esperança.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos apontar que o direito à saúde no Brasil é uma conquista inacabada e realmente ameaçada. E um dos maiores desafios enfrentados no momento é o político, no sentido da necessidade de colocar-se prioritariamente na agenda governamental o dever ético de garantir o direito à saúde a partir de políticas públicas capazes de dar dignidade e qualidade à vida aos brasileiros, segundo a Constituição 1988, em vigor.

Os desafios, entretanto, não acabam por aí. O repasse de recursos suficientes para o financiamento dessas políticas deve fazer parte também desse compromisso, no intuito de não sufocar as propostas do SUS sem nenhuma chance de sobrevida. A desburocratização e transparência nos processos inerentes à garantia do direito à saúde devem fazer parte do *modus operandi* (modo de fazer) da política pública no país para atravessar a ponte que separa teoria e prática, isto é, a distância entre as propostas governamentais e o dia a dia dos brasileiros.

Cabe igualmente ressaltar que a formação de recursos humanos em saúde deve fazer parte do compromisso ético com a mudança. Assim sendo, deve-se superar o processo de formação descontextualizado, fragmentado e fundamentado, quase que exclusivamente na transferência de conhecimentos de base teórica, em que a memorização de conteúdos e a postura acrítica durante o processo de formação profissional são cultivados e aceitos. Isto não somente fortalece a meritocracia acadêmica, mas afasta a possibilidade de um real compromisso com a mudança.

Dessa forma, continuamos formando profissionais, os quais, seguindo a divisão social do trabalho, estão hierarquicamente divididos entre aqueles que "pensam" – fazem uso intensivo de tecnologias duras, o que lhes garante *status* e reconhecimento social – e os que "fazem" o trabalho braçal – culturalmente rejeitado desde a escravidão. E, assim, define-se uma pirâmide que serve como divisor de classes sociais dentro do processo de trabalho em saúde.

Não podemos continuar formando profissionais somente para atender às normas e necessidades do mercado, se, de fato, queremos ter atores sociais capazes de defender o direito à saúde, pelo simples fato de sua íntima relação ética com o direito à vida e os outros tantos direitos humanos dos que temos tratado neste texto.

Mais do que isto, precisamos de sujeitos sensibilizados e incomodados com uma realidade injusta, que explora o outro sem nenhum constrangimento, incapaz de solidarizar-se com sua dor e vulnerabilidade, estas últimas em grande medida geradas pelas inúmeras contradições, omissões e injustiças cultivadas no cerne da própria sociedade.

Precisamos de massa crítica e de sujeitos empáticos, sensíveis, que, apoiados em seus valores éticos, sejam capazes de resistir às não poucas tentações e à sedução advinda da realidade cada vez mais virtual, criada pelo grande mercado global e que torna pessoas, direitos e afetos em meras mercadorias.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

FURTADO, C. **O Mito do Desenvolvimento Econômico.** Rio: Paz e Terra, 1973.

GARBOIS, J.; VARGAS, L. A.; CUNHA, F. T. S. O Direito à saúde na estratégia saúde da família: uma reflexão necessária. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 18 [1]: 27-44, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n1/v18n01a03.pdf. Acesso em: 18 ago. 2018.

LOUREIRO, M. R. *et al*. Democracia e Controle da Gestão Pública no Brasil. *In*: MENICUCCI, T.; GONTIJO, J. G. L. (org.) **Gestão e Políticas no Cenário Contemporâneo:** tendências nacionais e internacionais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016. 412p.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde: SUS. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 1112p.

OLIVEIRA, M. H. B. *et al.* Direitos Humanos e Saúde: construindo caminhos, viabilizando rumos. *In*: OLIVEIRA, M. H. B. *et al.* (org.). **Direitos Humanos e Saúde:** construindo caminhos, viabilizando rumos. Rio de Janeiro: Cebes, 2017. 332p.

PIERRE, J. Reafirmando a capacidade de governar. O papel esquecido da liderança. *In*: MENICUCCI, T.; GONTIJO, J. G. L. (org.). **Gestão e Políticas no Cenário Contemporâneo:** tendências

nacionais e internacionais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016. 412p.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. A organização do SUS sob o ponto de vista constitucional: rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde. *In*: SILVA, S. F. (org.). **Redes de Atenção à Saúde no SUS:** O pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. São Paulo: CONASEMS, 2008. 202 p.

SANTOS, L. Direito à saúde e qualidade de vida um mundo de corresponsabilidades e fazeres. *In*: SANTOS, L. *et al.* (org.). **Direito da Saúde no Brasil.** Campinas, SP: Saberes, 2010.

VARGAS, L. A. **O Programa de despoluição da Baía de Guanabara:** uma análise na perspectiva da saúde coletiva. Tese de doutorado. (Mímeo). IMS/UERJ, 2001.

7. POLÍTICAS PÚBLICAS E CIDADANIA SOCIAL NAS FRONTEIRAS ARGENTINO-BRASILEIRAS

Nora Margarita Jacquier[1]

INTRODUÇÃO

O objetivo deste capítulo é refletir sobre algumas diferenças entre os sistemas de saúde argentino e brasileiro relacionadas ao direito à saúde da população que vive nas regiões fronteiriças. Destaca-se como ponto central que o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro está sendo ameaçado enquanto política pública de saúde. Este texto é uma versão revisada da apresentação realizada na mesa redonda intitulada Políticas Públicas e Políticas Sociais do Brasil e da Argentina do I Congresso Internacional de Políticas Públicas de Saúde: em defesa do sistema universal de saúde, concebido como espaço de debate na arena social da universidade, para defender os valores sociais altruístas conquistados e materializados através da institucionalidade do SUS.

Parafraseando Dr. Mario Rovere (1993), que um ator social constrói a realidade de acordo com o lugar que ocupa e que não há atores sem uma posição ideológica, considero pertinente especificar o lugar do qual participo. Trabalho como professora-pesquisadora na Universidade Nacional de Misiones (UNaM), uma equipe de pesquisa multicêntrica com universidades no Brasil, Paraguai e

---

[1] *Es Licenciada en Enfermería por la UNaM, Magister en Salud Pública por la UNNE y doctora en Antropología Social. Trabajó en el Ministerio de Salud Pública de Misiones. Fue presidente del Colegio de Profesionales de Enfermería. Profesora Titular de la carrera de Licenciatura en Enfermería en las Cátedras "Enfermería Familiar y Comunitaria", "Antropología y Cuidado" y "Prácticas de Salud Integrativa" de la Escuela de Enfermería de la UNaM.*

Uruguai, cujo tema de interesse é o direito à saúde nas fronteiras. E faço parte da rede Associação Brasileira de Terapeutas Comunitários (ABRATECOM), uma rede que aborda a dimensão emocional e a corresponsabilidade na construção da saúde coletiva. Nessas redes partilhamos não só uma interação profissional e emocional próxima, mas também atitudes críticas e colaborativas na realidade sócio sanitária regional e tudo isso me motivou para discutir políticas públicas e cidadania social na fronteira argentino-brasileira.

A localização da província de Misiones, entre o Paraguai e o Brasil, é estratégica. Possui aproximadamente noventa por cento de suas fronteiras com o Paraguai e o Brasil, compartilhando apenas cerca de dez por cento das fronteiras nacionais com a província de Corrientes. Essa particularidade oferece uma ampla possibilidade de estabelecer vínculos e interações com os países vizinhos e, ao mesmo tempo, uma oportunidade de se repensar cooperativamente no processo de cuidar da saúde e da doença da população que reside a partir de uma perspectiva regional. Tradicionalmente, as linhas de fronteira se separam e dividem, no entanto, estamos interessados em demonstrar as características e lacunas que marcam as desigualdades que cada país tem em seu interior, bem como as diferenças entre os sistemas nacionais de saúde.

A situação de saúde nas fronteiras inclui contextos particulares, pois não podem ser analisados de forma global, percebendo as fronteiras como um todo. Uma visão positivista de entender a saúde é através da comparação de indicadores quantitativos de cada país, como a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) e a Taxa de Desenvolvimento Humano (TDH). Esses indicadores nacionais ou provinciais tendem a posicionar-se em um nível aceitável de saúde da população em termos gerais, mas escondem realidades locais do que acontece nos espaços mais distantes dos espaços de poder.

A cobertura universal de saúde e a atenção integral são componentes essenciais de qualquer sistema de saúde baseado na estratégia da Atenção Primária à Saúde (APS), que, quando avaliada operacionalmente, permite verificar se a atenção à saúde é garantida ou não. Afirmamos que a mera adesão de nossos países à Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) não resolveu o problema da exclusão social na saúde (OPS *et al.*, 2004). A UDHR é uma política macroeconômica que estabeleceu a igualdade jurídica para todos os seres humanos desde seu preâmbulo: "liberdade, justiça e paz no mundo baseiam-se no reconhecimento da

dignidade intrínseca e dos direitos iguais e inalienáveis de todos os membros da família humana" (ONU, 1948). No entanto, é contrastado com o que acontece em vários campos de prática (GÓMEZ GALÁN, 2015) no campo da saúde.

Este capítulo está dividido em três seções, a primeira examina construções básicas que têm significados diferentes para entender onde me posiciono e por participar da construção sutilmente coletiva e estratégica de um alvo para a atenção de uma imagem relacionada com a saúde universal para a cidadania social. A segunda, dá uma pincelada em algumas características de identidade do Brasil e da Argentina, que imprimem diferenças de seus sistemas nacionais de saúde; e o terceiro discute desafios que ainda estão pendentes no nível regional para garantir a saúde nas fronteiras.

CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS PARA O DEBATE

Esta seção apresenta referenciais teóricos que norteiam a racionalidade com que os fenômenos foram analisados criticamente para provocar ações voltadas para a cidadania social em saúde na região de fronteira. O conceito de saúde como uma construção social é parte de uma perspectiva socioantropológica e distante das obras clássicas em saúde suportados pelo modelo biomédico (MENÉNDEZ, 2015). O primeiro reconhece a capacidade do homem de transformar a realidade sócio sanitária de acordo com o tipo de pensamento e as ações realizadas. Nesse contexto, os construtos: fronteira, cidadania social, políticas públicas, sistemas nacionais de saúde, entre outros, constituem pontos de partida que permitem a análise de possíveis cursos de ação.

Nesse contexto, dizer que as políticas públicas operam de maneira análoga à noção de fronteira é uma expressão metafórica apropriada. Como fronteiras "classificar ou filtrar diferentes tipos de pessoas [...] com base em um conjunto complexo de desigualdades sociais, culturais e econômicos" (HEYMAN, 2011, p. 82), assim como políticas públicas. De acordo Paasi (*apud* BENEDETTI, 2014) a fronteira é uma linha divisória entre "nós" de "outros/s", neste caso, de uma fronteira internacional. As interações sociais no espaço fronteiriço para "tempos amigáveis e belicosos" assumem uma "identidade única, que está em constante tensão com uma multiplicidade de territorialidades multi-escalares".

Para Nogueira *et al.* (2017), a invisibilização do mundo vivido pela população fronteiriça se refletiu em estudos com foco em fronteiras internacionais relacionadas com a territorialidade, a cultural, em que o "outro" que circulou foi incorporado em um estrangeiro e/ou turista. Apenas a partir dos processos de integração regional de natureza econômica que incentivou a cooperação e reflexões no MERCOSUL, foi dado o valor progressivo à dimensão social, considerando a fronteira como o primeiro passo da integração.

Wolhein *et al.* (2017), a partir de contribuições da geografia crítica e antropologia política, explica a mudança de uma concepção tradicional da fronteira binacional, como um espaço de defesa para outra concepção com objetos dinâmicos e socialmente construído, conforme proposto por Bauman. Um importante apontamento é o Decreto 887 de 1994, do Poder Executivo Nacional da Argentina que estabelece que as áreas de fronteira são "zonas de segurança" para "defesa nacional" e incluem "uma faixa ao longo da fronteira terrestre e marítima". Posteriormente, esclarece que "será variável e o Poder Executivo fixará de acordo com a situação, população, recursos e interesses" com um "máximo de 150 km na fronteira terrestre".

Da mesma forma, a partir dessa segunda perspectiva, a região de fronteira baseada em Abinzano (2004) refere-se ao fato de configurar "uma noção antropológica que implica a presença do fator espacial"; centra-se principalmente no complexo sistema de interações da *práxis* e não no estabelecimento de seus limites, pois os fenômenos que ocorrem naquela região têm uma peculiaridade especial. Para os geógrafos Harvey, Santos e Soja (*apud* BARRERA, 2009, p. 13): a realidade política e econômica determina a estruturação espacial em que "los cambios antrópicos producidos sobre el espacio son condicionados por las necesidades del ser humano, de forma tal que la naturaleza, ya humanizada, refleja las relaciones desiguales entre las clases sociales".

As fronteiras tornam-se espaços complexos de negociação e troca pela busca da satisfação dessas necessidades, nas quais convergem práticas legais e ilegais que assumem características diversas; incluindo aquelas práticas ou estratégias para acessar serviços de educação, saúde e proteção social para as pessoas que vivem nestes espaços. Sabemos que, para garanti-lo, cada Estado-nação deve gerar alguma política pública que permita a execução de normas coerentes com seus valores. Assim, um Estatuto da Cidadania emerge da Constituição do Mercosul:

> O Artigo 2 do Estatuto da Cidadania do MERCOSUL prevê um conjunto de direitos fundamentais e benefícios para os nacionais dos Estados Partes e sua construção será delimitada pelos objetivos dos tratados fundamentais do MERCOSUL com vistas a consecução dos seguintes objetivos: implementação de uma política de livre circulação de pessoas na região dos Estados Partes do MERCOSUL e igualdade de condições para acesso ao trabalho, saúde e educação (Decisão CMC nº 64/10).

A redação deste estatuto é um ponto de partida inacabado, como ocorre com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, que na prática, deveriam representar o acesso a determinados serviços de saúde para as pessoas que vivem na zona fronteiriça, particularmente em assuntos sociais e que envolvem situação de vulnerabilidade. Visto desta forma, a cidadania social está em constante evolução construída através de um processo ativo, vivenciada diariamente nas cidades gêmeas, onde tem alta interação e interdependência: as pessoas trabalham, procuram cuidados de saúde, educação, visitam amigos e parentes de um lado da linha de fronteira. São espaços porosos que devem favorecer a vida dos cidadãos que moram longe das capitais, dos grandes centros onde se concentram os serviços mais complexos (CURA e JACQUIER, 2013).

A cidadania social abrange principalmente os campos da educação, saúde, segurança social e proteção que são implementados na nova ordem societária global com alcance para as nações do mundo, sem distinção de sua atual localização geopolítica. Para os cidadãos, refere-se à sua situação de vida, ao padrão de satisfação das necessidades sociais atuais e futuras. Segundo Levin (2016) é baseado no acesso à mudança dos direitos sociais em uma sociedade, pois uma condição histórica evolui no mundo da vida cotidiana, pois se apropria de diferentes componentes. Para Marshall (1997, p. 312) a cidadania é um status concedido àqueles que são membros plenos de uma comunidade de forma civil, política e social.

A lei civil consiste em direitos de liberdade individual (liberdade da pessoa, expressão, pensamento e religião, direito à propriedade e direito à justiça). A política refere-se ao direito de participar no exercício do poder político como membro de um órgão investido de autoridade política ou como eleitor de tal órgão. Os direitos de segunda geração são conferidos aos indivíduos e requerem políticas de sociais do Estado nos serviços no campo da Saúde, Alimentação,

Educação, Habitação, Trabalho e Outros. Contudo, não há um princípio universal que determina o que deve ser esses direitos e os deveres. Nas sociedades onde a cidadania é uma instituição em desenvolvimento, criar uma imagem da cidadania ideal em relação ao qual o sucesso pode ser medido e para a qual pode resolver as aspirações, é um impulso para uma medida mais ampla da igualdade, um enriquecimento do conteúdo de que esse status é feito e um aumento no número daqueles a quem é concedido.

A cidadania social é afetada pelos avanços e retrocessos dos direitos sociais e da política social, que resultam da interação entre participação social e intervenção do Estado. Por esta razão, nas fronteiras é impensável não falar em cidadania social em saúde considerando as particularidades de cada Estado e/ou nacionalidade. O fenômeno da globalização iniciado a partir das relações mercantis que beneficiam o capital continua sua expansão transnacional. Por outro lado, neste mundo aparentemente globalizado, as questões inerentes à cidadania ultrapassavam os limites dos estados-nação, mas continuam sendo responsabilidade de cada estado-nação em que o social não avança simultaneamente.

Nogueira *et al.* (2017), fundamenta a importância de trabalhar a ideia de uma cidadania ativa em relação aos direitos, destinadas a assegurar a autonomia em situações diárias e reais, uma vez que não ocorrem "em um vácuo, ou em um espaço virtual." Da mesma forma, refuta o direito social utópico que não se materializa, garantindo a universalidade e integralidade da proteção social, definida pelos governos no campo das políticas públicas. Esse grupo de pesquisa questiona o fato de que não se basta apenas as boas disposições daqueles que pertencem à arena política e que têm os meios para protegê-los, espera ações ativas e mais concretas. Também apoiado por O'Donnell, que explica que isso é categorizado como cidadania de baixa intensidade quando há discordância de sujeitos sociais e com os interesses que esses atores políticos definem como básicos no nível de proteção do cidadão.

O que queremos dizer com política pública? Há uma visão cristalizada de que a política pública diz respeito a medidas planejadas por tecnocratas estatais. Essa visão de mundo predispõe a construção coletiva trabalhada nas diferentes arenas sociais. O ponto de vista estadocêntrico das políticas públicas deve ser desmontado, considerando que diferentes parcelas de energia operam para sua realização. Para Franzé Mudanó (2013) toda ação pública constitui uma política pública, embora seja executada e validada pelo Estado; é o resultado do inter-jogo

de vários universos sociais – organizações sociais de base, acadêmicos, intelectuais, entre outros – que não compõem o "aparato" burocrático.

O Estado é um objeto de terceira ordem, um projeto ideológico. É, antes de tudo, um exercício de legitimação; e deve-se supor que o que é legitimado é algo que, se pudesse ser visto diretamente e como é, seria ilegítimo, uma dominação inaceitável. Se não, por que tanto legitimando o trabalho? Em suma, o Estado é uma tentativa de obter sustento ou tolerância ao indefensável e ao intolerável, apresentando-o como algo diferente do que é, ou seja, dominação legítima e desinteressada (ABRAMS, 2015).

Do ponto de vista da antropologia política, há de se conceituar os processos de formulação e implementação das políticas de forma linear e de cima para baixo, da formulação em si e terminando com a implementação. Assim, pode-se avaliar como uma determinada política afeta o cotidiano das pessoas, como elas podem apropriadamente ter uma abordagem crítica e até como podem resistir a elas. As políticas públicas no campo antropológico tornaram-se um núcleo central de interesse; desde que eles desempenham um papel dominante na regulação e organização das sociedades contemporâneas e na construção de novas identidades de pessoas (SHORE, 2010, p. 36).

Os estudos etnográficos de políticas públicas constituem uma abordagem dinâmica (CLEMENCIA RAMÍREZ, 2010, p. 14) que permite "dar sentido a uma política pública específica com o ator envolvido". Articulam discursos hegemônicos que capacitam alguns setores da população, silenciando outros setores; elas também legitimam tanto as ações dos governos quanto as que estão no poder (SHORE e WRIGHT, 1997). Dentro dela, as políticas públicas contêm a história e a cultura da sociedade que as concebe, portanto, podem ser lidas como textos culturais ou dispositivos classificatórios.

Finalmente, o constructo do sistema de saúde é definido pela agência internacional de saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS), como segue:

> Um sistema de saúde é a soma de todas as organizações, instituições e recursos cujo objetivo principal é melhorar a saúde. Um sistema de saúde precisa de pessoal, financiamento, informações, suprimentos, transporte e comunicações, bem como orientação geral e direção. Também deve proporcionar bons tratamentos e serviços que respondam às necessidades da população e sejam justos do ponto de vista financeiro (OMS, 2005).

Os sistemas e programas de saúde estão impregnados de ideologias e valores do país em que for criado (JACQUIER, 2014) e cristalizam concepções sobre o processo saúde-doença-atenção que os grupos hegemônicos possuem (MENÉNDEZ, 2015). Embora a OMS defenda que o fiador do desempenho geral do sistema de saúde de um país é o governo (OMS, 2005) sua organização e funcionamento refletem o poder dos grupos dominantes na sociedade.

CARACTERIZAÇÃO DA ARGENTINA E DO BRASIL

"O brasileiro seria feliz e orientado para o futuro, enquanto o argentino seria nostálgico e apegado ao passado" (RIBEIRO, 2004, p. 172). Gustavo Lins Ribeiro, em seu ensaio "Tropicalismo y europeísmo, modos de representação do Brasil e da Argentina" baseia-se na analogia desenvolvida por Edward Said sobre Orientalismo e Ocidentalismo, e contrasta os dois países ao incorporar a identidade argentina brasileira que é reconhecida por sua elite e grupos de massa. Por um lado, define o europeísmo como a matriz representativa da Argentina, cuja referência distintiva é a europeia e não a gaúcha.

> Apesar das sucessivas e prolongadas crises econômicas que "latinoamericanizaram" a Grande Buenos Aires, gerando muitos "novos pobres", quando falamos da capital de Buenos Aires, falamos de uma cidade "europeia" na América Latina (RIBEIRO, 2004, p. 178).

Por outro lado, o Brasil estava ligado ao tropicalismo com a abundância da floresta amazônica, os atributos do clima tropical, as culturas e as pessoas associadas a eles desde sua entrada no capitalismo.

Na Argentina, na década de 1980, o governo Alfonsín tentou, frustrado, transferir a capital federal para a Patagônia para descentralizar o poder de Buenos Aires. Por outro lado, em 1960, no Brasil, no governo de Kubitschek, ele inaugurou Brasília, materializando ideologias desenvolvimentistas e integracionistas para modernizar o Estado e ampliar a fronteira. Brasília é vista como uma cidade de vanguarda, de fronteira, construída no interior por imigrantes do Nordeste, Minas Gerais, Goiás, projetada para o futuro. Em contraste, Buenos Aires parece uma cidade histórica e cosmopolita, alinhada no rio da Prata, olhando para o

resto do mundo, quando a Argentina era conhecida como o celeiro do mundo, na época da imigração europeia.

Em números, o Brasil representa 66% e a Argentina 33% da área de superfície dos países que compunham originalmente o Mercosul, o que mostra que tanto o Paraguai quanto o Uruguai são países que possuem pequenas áreas territoriais, bem como uma pequena proporção da população. Segundo o Banco Mundial (2017) o PIB da Argentina em 2016 foi de 554.861 bilhões de dólares e o Brasil, 1.794 bilhões de dólares, esses números absolutos não permitem a comparação em termos populacionais. Embora o PIB *per capita* representa uma média do que cada sujeito social receberia anualmente, retrata de forma tendenciosa, sabe-se que nem todos os argentinos receberam um total de US $ 11.940 durante 2016, e que cada um dos brasileiros recebeu 8.860 dólares no mesmo período. Como apontamos em relação aos Direitos Humanos, nem todos os grupos sociais podem exercer e/ou usufruir dos mesmos direitos, particularmente no acesso aos serviços de saúde. Ponderar essa relação é de interesse para reorientar o trabalho de harmonização dos sistemas de saúde que pretendem ser garantes do direito à saúde da população que vive na região de fronteira, apoiado por princípios ético de solidariedade e assuntos não puramente orçamentais.

A Argentina constitui o grupo de países com um alto nível de desenvolvimento humano, este é um indicador complexo calculado a partir de vários indicadores, como a taxa de alfabetização, anos de escolaridade, expectativa de vida ao nascer e renda per capita, classificado no número 47 no ranking mundial e segundo na América Latina e no Caribe, com um índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,825. O Brasil é classificado como um país com alto nível de desenvolvimento (IDH 0,754, ranqueado 79) entre o Uruguai e o Paraguai, classificados em 55º e 110º, respectivamente (UNDP, 2018). Mas esses números globais escondem realidades sociais densamente heterogêneas. Onde a expectativa de vida ao nascer, em média, aumentou três e dois anos para Argentina e Brasil, respectivamente, nos últimos dez anos, reduzindo a taxa de natalidade no comportamento demográfico geral e diferencial nas províncias do norte da Argentina. A desaceleração do crescimento populacional é uma das conquistas mais importantes ligadas à saúde na Região (OPAS/OMS, 2007) e essa tendência continua em 2017, conforme se observa na Tabela 1. O Coeficiente de Gini consiste em um número entre 0 e 1, onde 0 corresponde à completa igualdade e 1 corresponde à completa desigualdade.

Tabela 1 – Comparação de indicadores demográficos Argentina e Brasil

País	**Argentina**	**Brasil**
POPULAÇÃO	44.271.000	209.288.000
Esperança de vida	76,7 anos (Mulheres 80,4 Homens 73,0)	75,7 anos (Mulheres 79.3 Homens 72,1)
Taxa total de fertilidade	1,7	2,3
Coeficiente de Gini [2014]	42,7	51,5
Taxa de fecundidade em adolescentes (nascimentos / 1.000 mulheres entre 15 e 19 anos) 20177	63	62,7
Taxa anual de crescimento demográfico (%) 2017	1%	0,8%

Fonte: WHO (2017) – elaborada pela autora.

Indicadores quantitativos padronizados em nível internacional fornecem as informações que permitem comparar diferentes países. Outro eixo de macro análise é a dimensão estrutural e operacional dos sistemas de saúde, entendendo que o sistema de saúde, como toda instituição social, reflete valores que cada sociedade possui.

O sistema de saúde Argentino é dividido em três subsetores: Estado (na dependência do estado nacional, provincial e municipal), segurança social (representada pelo Trabalho nacional, provincial e especial Social) e privado (o pré-pago). Segmentação e fragmentação são características proeminentes do sistema de saúde argentino, que contribuem para diferentes modos de exclusão social em saúde para a população em situação de vulnerabilidade.

Segmentação refere-se à coexistência de subsistemas com diferentes tipos de modalidades de financiamento da prestação de serviços de saúde para diferentes segmentos da população (como emprego, renda, capacidade de pagamento e posição social) (OPAS, 2007). Cada grupo tem cobertura e acesso a benefícios para diferentes cuidados de saúde de acordo com o financiador/segurador ao qual eles são afiliados. Fragmentação refere-se à coexistência de vários setores da saúde que operam desintegrados, sem formar uma rede de atenção à saúde. O funcionamento desarticulado dos agentes de saúde impede a normalização do cuidado, em termos de conteúdo, qualidade e custo. Desta forma, os provedores funcionam

de forma descoordenada e competitiva, aumentando os custos dos serviços de saúde e tornando ineficientes os recursos do sistema como um todo (OPS, 2007).

Em termos da ex-diretora da OPAS/OMS, Mirta Roses, o sistema de saúde argentino reflete as "rupturas políticas permanentes, produto de uma história institucional quebrada", mais tarde acrescenta que "dependendo de onde a pessoa vive, trabalha ou a idade que você tem agora pode ter algum tipo de acesso e qualidade para a saúde. Não é um sistema que nos equipara como cidadão" (OMS, 2011, p. 2).

Enquanto o Brasil tem um Sistema Único de Saúde (SUS) democraticamente construído a partir de mobilizações populares, com objetivo de reduzir as iniquidades sociais e garantir atendimento baseado no acesso universal, equidade, integralidade e com atuação do controle social (BRASIL, 2002). Em 1988 criou o SUS, sustentando "que Saúde é um Direito do ser humano, devendo o Estado prover como condições indispensáveis" (BRANCO *et al.*, 2013) com financiamento de impostos gerais e contribuições sociais recolhidas pelos três níveis de governo (federal, estadual e municipal). O SUS fornece serviços descentralizados através de sua rede de clínicas, hospitais, das unidades básicas de saúde e outras instalações e de contratos com serviços particulares.

Em 1994, foi concebido, pelo Ministério da Saúde, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como proposta para a reorganização das práticas assistenciais de Atenção Primária à Saúde, em substituição do modelo hegemônico e biológico de atenção à saúde que até então era centrado nos indivíduos, e, agora na família e coletivos.

A partir de 2007, a província de Misiones sanciona a Lei provincial de saúde com base nos princípios da APS. Embora desde 1978, a estratégia de Atenção Primária à Saúde definida na Conferência de Alma Ata no Cazaquistão, já tinha iniciado através do Programa de Saúde Rural do Ministério provincial da Saúde Pública e outras províncias; aqueles que mais tarde foram desmantelados. Deve-se notar que, a partir desse momento, em nível discursivo, a APS está presente em todos os programas nacionais, provinciais e municipais de saúde. No entanto, um ponto de divergência está entre a maneira em que essas estratégias foram implementadas na Argentina e no Brasil.

A experiência brasileira reconhece que o modelo âncora da APS se deve especialmente ao Movimento Sanitarista brasileiro que começou em meados da década de 1970, acompanhado da reforma do sistema de saúde no Brasil em

1988 com a promulgação da Constituição Federal. O texto constitucional trouxe mudanças eloquentes ao sistema através de "descentralização com autonomia do poder local" que se deu no processo de municipalização com atribuições e competências de gerir e organizar os serviços de saúde sob a lógica de abrangência, a regionalização e a hierarquia do modelo assistencial do SUS (COHN, 2008, p. 92). Essa forma de organização regional e descentralizada proporciona a capacidade de prestar serviços de qualidade de acordo com o nível de complexidade e dá autonomia aos profissionais de saúde brasileiros para realizarem serviços básicos que garantam atenção primária à população para problemas de saúde prevalentes.

Em Misiones, na Argentina, a regulamentação do artigo 23 da Lei de Saúde, atualmente registrada como Lei XVII nº 58 de 1997, estabelecia o modo pelo qual os municípios deveriam apresentar "o Programa de descentralização da APS" e o financiamento estipulava-se a uma taxa de um peso por habitante (WOLHEIN *et al.*, 2011). Essa medida, permitiu que os responsáveis dos *Centros de Atención Primara de la Salud* (CAPS) gerassem um projeto de intervenção, em geral, selecionavam um dos problemas crônicos de saúde, com ênfase nos aspectos educacionais; articulavam com um dos múltiplos programas nacionais e provinciais coexistentes e estes possuíam recursos próprios, geralmente destinado a problemas de saúde prevalentes, como programas de saúde sexual e reprodutiva; doenças crônicas (diabetes ou hipertensão) e doenças infecciosas.

Dessa forma, a descentralização da APS se cristaliza de forma diacrônica e heterogênea no MERCOSUL (RÍOS *et al.*, 2011). No aspecto operacional e financeiro, a municipalização do sistema de saúde em Misiones é muito diferente do SUS. Este panorama completa a segmentação e fragmentação do sistema de saúde argentino. Da mesma forma, alguns serviços prestados por serviços públicos de saúde foram oferecidos através de diferentes tipos de arranjos, terceirizando serviços com organizações de natureza variada; o que mudou a modalidade de funcionamento público para uma de nuance privada, particularmente no segundo e terceiro níveis de complexidade. Essa mudança significou que os moradores das cidades fronteiriças vizinhas, que eram usuárias do sistema de saúde da província, atualmente têm que pagar certos tipos de benefícios e serviços em algumas localidades. Segundo Cetrángolo (2014) os gastos diretos em saúde falam da iniquidade do sistema de saúde, que frequentemente constitui uma barreira para os cidadãos com menos recursos para exercer o direito à saúde como um direito social básico.

Dado que as imagens revelam também o caráter e os valores que uma sociedade possui, quando interpretamos Chatterjee (2011, p. 200) compreende-se que a modernidade se desdobra em "tempos e imaginários heterogêneos"; homologamos uma das dimensões da heterogeneidade social em saúde à imagem da rede ferroviária argentina. Converge no Rio da Prata e dá conta do momento em que foi projetado para enviar matérias-primas para o velho mundo. Também reproduz visualmente o que aconteceu no país com o sistema de saúde e outras questões sociais que se concentram na Capital Federal. A maioria dos serviços de saúde mais complexos está localizada a aproximadamente 1.100 km da cidade de Posadas, outros 330 km devem ser adicionados no caso das cidades de Puerto Iguazú ou Bernardo de Irigoyen. Em um sistema altamente segmentado, o usuário fica cativo dos recursos disponíveis para transporte, e essa distância física pode levar de menos de duas horas por via aérea até mesmo quase um dia por terra. Isso está sendo gradualmente modificado porque o hospital Madariaga de Posadas tem serviços de complexidade III.

Assumimos que o pesquisador social não se distancia do objeto de estudo, essencialmente quando ele pretende contribuir para transformar sua própria realidade social. De acordo com Zemelman (2005) antes de construir o futuro (utopia), ele deve primeiro identificar as necessidades atuais e rever o que foi feito no passado (memória) articulando a necessidade de memória - utopia. Em tanto, Schütz (2008) sustenta que a posição do próprio investigador pode ser interpretada como uma bússola que indica o aqui e agora do lugar que ocupa na realidade social. Bourdieu e Wacquant (1995) propõem que essa reflexividade ajuda a desvendar a tensão entre aqueles que postulam a incompatibilidade da racionalidade científica quando o pesquisador constitui um ator social envolvido no cenário estudado.

Considera-se que na área das Ciências da Saúde, é fundamental introduzir criticidade de como ocorrem os processos de vida cotidiana, como as pessoas que moram em áreas de fronteira agem, vivem, trabalham e se educam. Os números globais apresentados representam rostos anônimos e homogeneizados que dificultam a comparação do impacto das políticas sociais, econômicas e de saúde no nível microssocial. O município de Iguazú apresenta o mesmo IDH de toda a Argentina, este indicador deixou de ser calculado em escalas locais, impossibilitando sua comparação com os municípios vizinhos. Um olhar focado no uso dos serviços públicos de saúde na Tríplice Fronteira mostra que:

> A busca da garantia de direito leva a gestantes e parturientes buscarem os serviços em países com assistência considerada melhor, caso mencionado do Brasil e Argentina, fronteira com Paraguai. Destacam-se algumas referências sobre o direito a partir da cédula do MERCOSUL. Quanto às demandas e acesso aos sistemas de saúde se mantém praticamente as mesmas de 2003, com um único diferencial referente a acidentes de moto e de trânsito. Persistem as desigualdades no acesso aos serviços de média e alta complexidade, não sendo alterado o panorama anterior (NOGUEIRA *et al.*, 2016 p. 55).

Destaca-se que os serviços de alta complexidade são inexistentes nos municípios de Pequeno e Médio Porte (50.001 a 100.000 habitantes) como Puerto Iguazu, pois estão distribuídos territorialmente com base em critérios de eficiência racional. Paradoxalmente, os municípios da Grande Porte (100.001 a 900.000 habitantes) como Foz do Iguaçu e Ciudad del Leste, segundo este critério, permitiriam oferecer serviços de alta complexidade. Entretanto, além da variável densidade populacional, outras variáveis estão envolvidas e não são abordadas neste texto, uma vez que na cidade paraguaia há falta de serviços médicos básicos, sendo que os serviços de saúde brasileiros e argentinos estão sobrecarregados com a demanda de não nacionais.

DESAFIOS PARA UMA CIDADANIA SOCIAL NA SAÚDE

Aquelas pessoas que naturalmente se percebem como "cidadãos do mundo" são aquelas que identicamente assumem que seus direitos são garantidos em qualquer lugar; em termos de Wallerstein, do sistema mundial. No entanto, no continente americano a complexidade da saúde foi debatida, Osvaldo Artaza (2017, p. 161) conclui que

> [...] no basta la cobertura, sin el real acceso. Y cuando hablamos del real acceso significa que el acceso es efectivo e implica que los servicios que se ofertan y que están disponibles para todos, sin barreras de ninguna índole, tienen una calidad homogénea, similar. Porque ¿de qué sirve que uno tenga un papel que diga: usted tiene derecho, si ese derecho no lo puede ejercer? Esa es la primera derivada; la segunda es: si ejerzo un determinado derecho, pero la calidad de mi acceso es totalmente diferente de la calidad del de otro, entonces, ¿de qué materialización al derecho de la salud me están hablando?

O mesmo autor aponta que, atualmente, a OPAS incentiva uma nova categoria em um contexto diferente: "coberta de saúde universal" e não mais "saúde para todos/saúde universal", desenvolvendo linhas estratégicas relacionadas às Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP). Acrescenta-se que quase todos os países das Américas precisam de mais investimentos públicos em saúde, pelo menos, 6% do PIB. Embora na Argentina, os gastos públicos em saúde excedam 6% do PIB (acrescentando obras sociais, PAMI e províncias) e 9% do PIB considerando despesas reembolsáveis; levanta dúvidas sobre o nível de satisfação dos argentinos em relação ao que recebem por investimento. Particularmente em um cenário complexo da estrutura nacional de saúde, em que a fragmentação histórica de acordo com a fonte de financiamento (estado, obras sociais e privadas) leva a:

> [...] uma estratificação absoluta no acesso aos serviços, que adquire um caráter social e espacial. De fato, se a geografia ou o status "são destino", parece haver uma estreita relação entre o nível socioeconômico da população, local de residência, tipo de cobertura e acesso institucional aos serviços e, em última análise, possibilidades de saúde (ARAGÜES e OROZ, 2017, p. 25).

Assim, por um lado, temos as lacunas internas no acesso aos serviços de saúde, mesmo para usuários que possuam a nacionalidade Argentina e são protegidas com um trabalho social e não podem pagar do próprio bolso e quando eles são estrangeiros (moradores da região em situação precária) a situação se torna mais difícil.

Por outro lado, temos diferenças estruturais específicas dos sistemas de saúde de cada um dos países vizinhos, que, como qualquer construção social, se houver um interesse recíproco na harmonização, tanto os recursos disponíveis quanto a capacidade instalada e o financiamento público precisam ser repensados juntos. Isso não significa que se destina a equalizar, mas, pelo contrário, que, através da boa vontade dos gestores discutir o que os pontos fortes e fracos de ambos os lados da fronteira para negociar, cooperar, trabalhar em conjunto para se da saúde da população que habita a região. O termo negociação não deve conotar uma questão de disputa e luta, onde alguns ganham e outros perdem, mas sugere uma maneira de encontrar respostas para um problema central, onde todos possam ser beneficiados e otimizar os recursos disponíveis no nível regional, lembrando que as demandas de saúde são infinitas e recursos finitos.

Volto à ideia de cidadania social em saúde, para destacar em termos de Menéndez (2015) que está em contínua expansão estimulada pelos avanços da biomedicina. E que, além dos vetores de problemas de saúde fortemente trabalhados nas fronteiras, prevalecem as epidemias de doenças crônicas não transmissíveis, seguidas de uma expansão tecnológica de outro tipo de fronteira no campo da saúde. Na Argentina, o *bypass* gástrico para obesidade é garantido em obras sociais e no subsistema estadual, incluindo outros tipos de cirurgias estéticas, entendendo que é um direito olhar bonito, a imagem social de cada pessoa é muito diferente, mas nem todos têm a mesma possibilidade de alcançar ou bem como o tratamento hormonal para a mudança de gênero. Além disso, isso é algo que é reinventado, é modificado. Há uma expansão contínua das demandas desses grupos em geral, aqueles que possuem mais recursos internos e externos, tornando invisíveis as situações daqueles que têm menos, não chegam ao sistema, ou estão procurando por eles.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos postula a igualdade legal de todo ser humano. Esta declaração foi essencial para estabelecer uma posição ético-ideológica em nível global na época do pós-guerra em relação às atrocidades cometidas, levando em conta que nessas circunstâncias o pessoal de saúde também participava. Viktor Frankl (1991) descreve quantas vezes os próprios profissionais de saúde agiram contra a vida. A decisão de trabalhar a favor da vida nos confronta com o desafio de entender que a realidade social não é uma comunidade imaginada nas pessoas que ali vivem, não gozam de maneira homogênea dos mesmos bens e serviços. O cientista político indiano Partha Chatterjee (2011) afirma que na modernidade vivemos em um espaço-tempo heterogêneo, densamente desigual. Por exemplo, quando um sujeito social requer atenção médica e reside a uma distância de um quilômetro de um centro de saúde, ele é encontrado quando chega ao centro de saúde, com o obstáculo que falta nos serviços básicos, motivo pelo qual o sujeito deve procurar atendimento outro serviço de maior complexidade; mas, a caminho do segundo lugar, ele perde a vida.

É nesse contexto que o tempo-espaço é diferente para cada sujeito social e adquire outro significado para alguém que tem a possibilidade de resolver sua saúde de outra forma, deslocando-se por via aérea para Buenos Aires a 1.400 km de Puerto Iguazú em busca de solução para o seu problema de saúde no sistema nacional de saúde (CURA *et al.*, 2013). Nessa perspectiva, a nacionalidade não é sinônimo de igualdade, nem de cidadania, e em outros casos, a pessoa que

simplesmente atravessa a fronteira pode ter acesso ao atendimento seguro, sendo a Regionalização Perinatal na Argentina um fenômeno exclusivamente nacional.

De acordo com a Resolução nº 348/2003 do Ministério da Saúde da República Argentina, a Regionalização da Assistência Perinatal implica o desenvolvimento, dentro de uma área geográfica, de um sistema de saúde materno-perinatal coordenado no qual, graças a acordos entre instituições e as equipes de saúde, com base nas necessidades da população, identificam o grau de complexidade que cada instituição oferece para atingir os seguintes objetivos: atendimento de qualidade para todas as gestantes e recém-nascidos; uso apropriado da tecnologia necessária e equipe perinatal altamente treinada a um custo/eficácia razoável. Em determinadas circunstâncias, um sistema de transporte para mulheres com gravidezes complicadas ou RN gravemente doentes que requerem mais complexidade para o seu tratamento.

Sabemos que o número de instituições públicas e privadas para serviços de gestação, parto e recém-nascido muda quanto às Condições Obstétricas e Neonatais essenciais (CONE). Estas condições que são reguladas pela Organização Mundial de Saúde com critérios e racionalidade científico-técnica, pois não é possível ter este serviço em populações com baixa taxa de natalidade. Assim, os argentinos com pré-pagos que residem em Puerto Iguazú/Argentina costumam buscar atenção em Foz do Iguaçu/Brasil, que inclui um pequeno grupo social. Os componentes da Regionalização Perinatal implicam que todos os locais públicos ou privados onde os partos são realizados devem obedecer às Condições Obstétricas e Neonatais essenciais, a saber: a) Disponibilidade cirúrgica e procedimentos obstétricos; b) Anestesia; c) transfusão de sangue segura; e) tratamentos médicos maternos; d) Assistência neonatal imediata e) Avaliação de risco materno-neonatal e f) Transporte oportuno no nível de referência.

A análise e o percurso de diferentes construtos permitem argumentar que saúde é uma construção social que deve ser abordada regionalmente e independentemente da linha de fronteira, expandindo e levando em conta a concepção de territorialidade, entendendo que neste território vivem pessoas com heterogeneidades sociais, pessoas que necessitam de serviços para a vida diária e que os serviços devem considerar uma forma de acesso que favoreça e garanta esses serviços de saúde.

Segundo o assessor da OPAS Ernesto Báscolo, na busca da estratégia de acesso universal à saúde e cobertura universal de saúde, é necessário superar os limites

do sistema de serviços de saúde [nacional e internacional], com ações intersetoriais [...] sobre os determinantes sociais da saúde. A mudança no modelo de atenção é uma condição inevitável para garantir o direito à saúde da população. [...] a estratégia assume como principais limitações institucionais dos sistemas de saúde a segmentação dos sistemas de cobertura e a fragmentação dos serviços de saúde na Região das Américas (BASCOLO, 2017, p. 12-13).

Na região existem antecedentes distintos para a articulação das cidades gêmeas, desde processos de cooperação fortemente pactuados para complementar as diferenças existentes, assim como, existem desconhecimento de alguns gestores locais e/ou desinteresses sobre as políticas públicas macrossociais de saúde e isso limita o desenvolvimento de ações conjuntas, como se expressa no informe apresentado ao *Instituto Social del Mercosur:*

> [...] a realização da distância entre a intenção dos acordos e a falta de procedimentos e estatuto jurídico do mesmo país, como resultado da falta de mecanismos de informação mais ágil, aliada à distância a partir da linha de fronteira das capitais. Esse hiato tem contrapartida das cidades de fronteira, evidenciado no discurso dos gestores da não incorporação de suas demandas pelas agendas governamentais. Deve-se notar que os pedidos apontados pelas cidades muitas vezes linha de fronteira desatar o que é articulada entre os países e institucionalizar coordenada e harmonizada políticas na região de fronteira exigiria um espaço comum para debates. O nível de integração entre as cidades gêmeas é diferente, sendo que, por exemplo, Rivera e Santana do Livramento, através da história de cooperação, mecanismos de cooperação antecedência viáveis, enquanto em outras cidades deve pensar de harmonização de alguns serviços, como na área de educação, que é o setor no qual a harmonização é mais efetiva (RELATÓRIO ISM, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os antecedentes dos processos de cooperação entre as cidades gêmeas no âmbito regional no MERCOSUL mostram que existem diferentes tipos de cooperação em cada uma das fronteiras. De mecanismos de formalidade e informalidade fortemente articulados até situações de ignorância e/ou desinteresse dos gestores locais sobre políticas públicas macrossociais em saúde que restringem o desenvolvimento de ações conjuntas.

A atenção à saúde é um processo dinâmico e heterogêneo que se encontra na área do espaço vivido, em que cada fronteira é única em termos de processos de interação e é determinada por aspectos afetivos, sociais, culturais, históricos, econômicos e políticos. Quando esses processos são analisados exclusivamente no espaço áulico ou nos espaços burocráticos, longe da dimensão da prática dos serviços de saúde, corre-se o risco de cair em aspectos meramente normativos com omissão do que acontece no cotidiano e nas práticas de acesso aos serviços e sistemas de saúde.

A cidadania social requer a realização de políticas públicas viáveis que fortaleçam os sistemas de saúde transfronteiriços a um "custo sustentável que a comunidade pode suportar" (Declaração de Alma Ata, 1978) e enfoque nos valores da APS renovada, com garantia de direitos humanos, equidade e solidariedade. Demorou muito tempo para que as equipes de saúde se apropriassem da questão dos Direitos Humanos tanto no campo da saúde quanto no acadêmico. A incorporação deste nas diferentes arenas sociais foi realizada por meio das ações dos movimentos sociais. Por essa razão, ressalto a importância da mobilização social e o compromisso dos colegas brasileiros em levantar essas preocupações de diferentes grupos sociais. É essencial expressar e discutir em um espaço apropriado da comunidade acadêmica e com a sociedade.

Um anúncio da Organização Mundial da Saúde sobre a violência de gênero que divulga que o "silêncio mata" serve de analogia para sintetizar objetivamente a importância deste tipo de evento que representa o I CIPPS. As crises são momentos de oportunidade para falar, debater, mobilizar, dando a possibilidade de modificar, mudar, fazer diferente, porque os modelos existentes não dão mais respostas adequadas aos problemas da sociedade.

REFERÊNCIAS

BARRIOS, A. O. *et al.* **Funciones Esenciales de Salud Pública:** su implementación en Argentina y desafíos hacia salud universal. Buenos Aires: OPS, 2017.

ABRAMS, P.; GUPTA, A.; MITCHELL, T. **Antropología del Estado**. Primera Edición Digital. México. Fondo de Cultura Económica, 2015.

ARAGÜÉS Y OROZ, V. Documento sobre rectoría. Funciones Esenciales de Salud Pública, federalismo y sistema de salud argentino. p. 19-43. *En*: BARRIOS, A. O. *et al.* **FESP:** su implementación en

Argentina y desafíos hacia salud universal: experiencia federal. Buenos Aires: OPS, 2017.

BÁSCOLO, E. **Las funciones esenciales de salud pública y su debate en el contexto del sistema de salud en Argentina.** *En*: BARRIOS, A. O. *et al.* **FESP**: su implementación en Argentina y desafíos hacia salud universal Buenos Aires: OPS, 2017

BARRERA LOBATÓN, S. Reflexiones sobre Sistemas de Información Geográfica Participativos (SIGP) y cartografía social. **Cuadernos de Geografía – Revista Colombiana de Geografía,** n. 18, 2009, p. 9-23.

BENEDETTI, A. Espacios fronterizos del sur sudamericano: Propuesta de un modelo conceptual para su estudio. **Estud. front, Mexicali**, v. 15, n. 29, p. 11-47, jun. 2014. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-69612014000100001&lng=es&nrm=iso. Accedido en: 22 oct. 2017.

BOURDIEU, P.; WACQUANT, L. **Respuestas por una antropología reflexiva**. México: Grijalbo, 1995.

BRANCO, M. L. Saúde nas fronteiras: o direito do estrangeiro ao SUS. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 2, n. 1, p. 40-54, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde**: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Integração Regional. Secretaria de Programas Regionais. Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira. **Proposta de reestruturação do programa de desenvolvimento da faixa de fronteira**: bases para uma política integrada de desenvolvimento regional para a faixa de fronteira. Brasília: Ministério da Integração Regional, 2005.

CETRÁNGOLO, O. Financiamento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino. **Revista de Economía Política de Buenos** Aires, Año 8, v. 13, 145-183, 2014.

CHATTERJEE, P. La política de los gobernados. **Revista Colombiana de Antropología**, vol. 47 (2), julio-diciembre, p. 199-231, 2011.

CLEMENCIA RAMÍREZ, M. La antropología de la política pública. **Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología** [en linea] 2010, (Enero-Junio): [Fecha de consulta: 17 de enero de 2018] Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81415652002. ISSN 1900-5407.

COHN, A. Sección especial: reformas progresistas en salud. La reforma sanitaria brasileña: la victoria sobre el modelo neoliberal. **Medicina Social**, p 87-99, vol. 3, n. 2, mayo, 2008.

CURA FLAVIA, J. N. La salud en la Frontera: Itinerarios Terapéuticos. **Crear en Salud**, Escuela de Enfermería – Fac. Cs Médicas. UNC, Córdoba, vol., n. 7, p.11-22, 2013.

ESTATUTO DE LA CIUDADANIA DEL MERCOSUR PLAN DE ACCION. Decisión del Mercosur 64/2010. **Boletín Oficial**, 28 de abril de 2011. Id SAIJ: RMD2010000064 – http://www.saij.gob.ar/64-internacional-estatuto-

ciudadania-mercosur-plan-accion-rmd2010000064-2010-12-16/.

FRANZÉ MUDANÓ, A. Perspectivas Antropológicas y políticas públicas. **Revista de Antropología Social**, 22:9-23, 2013.

FRANKL, V. E. **El Hombre en Busca de Sentido**. Barcelona: Herder, 1991.

GÓMEZ GALÁN, R. **Derechos de las personas en relación con la salud**. Fundamentación Jurídica en el ordenamiento español. Univ. de Extremadura. Tesis doctoral. Cáceres. Disponível em: http://dehesa.unex.es. Acesso em: 1º dez. 2017.

JACQUIER, N. M. **Salud Pública y Comunitaria**. En Introducción a la enfermería comunitaria una contribución a la salud colectiva. – Posadas: Creativa, 2014.

JACQUIER, N. M.; CENTENO, J. H. Servicios de Salud Interfronterizos, una Utopía? **Sociedade em Debate**, 19, n. 2: 110-131, 2013.

JACQUIER, N. M. *et al.* La otra cara del SIS frontera: Prácticas y representaciones de los gestores de Salud Misioneros sobre el Derecho a la Salud en el Mercosur. Sociedade em Debate. **Revista da Scola de Serviço Social**, 17 n.1, p. 201-217, 2011.

HEYMAN, J. **Cuatro temas en los estudios de las fronteras contemporâneas.** El Río Bravo Mediterráneo. Barcelona: Ediciones Bellaterra, 2011.

LEVIN, S. **La ciudadanía social argentina en los umbrales del siglo XXI**. Kairos. Disponível em: https://www.revistakairos.org/la-ciudadania-social-argentina-en-los-umbrales-del-siglo. Acesso em: 1º dez. 2017.

MARSHALL, T. H. **Ciudadanía y Clase Social**. Conferencia: Cambridge, 1949. REIS nº 79/97 pp. 297-344. Disponível em: http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_079_13.pdf. Acesso em: 1º dez. 2017.

MENENDEZ, E. **De sujetos, saberes y estructuras**. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial. 2015.

RESOLUCIÓN 348/2003. Ministerio de Salud de Argentina. **Normas de Organización y funcionamiento de Servicios de Maternidad – Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica**. Buenos Aires, 21 mayo 2003.

NOGUEIRA V. *et al.* **Direito à saúde, fronteiras nacionais e diretrizes políticas**? atualizando o tema. Praia vermelha. vol. 24, n. 2, p. 539-561, 2015.

NOGUEIRA, V. *et al.*Políticas de saúde nos países do MERCOSUL: um retorno à universalidade? **Revista de Políticas Públicas**, 2015.

NOGUEIRA, V. *et al.*Direito à saúde na fronteira MERCOSUL 2003-2013 a percepção dos gestores e trabalhadores de saúde. **CALASS**, p. 54-55, 2016.

NOGUEIRA, V. *et al.* Políticas de Saúde nos países do Mercosul: um retorno à universalidade? **Revista Políticas Públicas**, São Luís, v. 19, n. 1, p. 145-156, 2015.

NOGUEIRA, V. **Cidadania em zonas de fronteira**. O caso do Mercosul – Informe final do contrato ISM/FOCEM

IV, nº 002/2017 – Instituto Social Do Mercosul. Florianópolis, out. 2017.

OPS/OMS. **El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo**: Logros alcanzados y desafíos futuros. Buenos Aires, 21 de diciembre de 2011. Disponible em: https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=860:el-sistema-salud-argentino-trayectoria-largo-plazo-logros-alcanzados-desafios-futuros&Itemid=225.

OPS/OMS/ASDI. **Exclusión en salud en países de América latina y el Caribe**. Serie 1. ed. rev. Washington D. C.: OPS, 2004.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.**¿Qué es un sistema de salud? Preguntas y respuestas en línea,** 2005. Disponível em: http://www.who.int/features/qa/28/es/.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD EN LAS AMÉRICAS (OPS). **Publicación Científica y Técnica**, Nº. 622. Disponible en: http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/dmdocuments/salud-americas-2007-vol-1.pdf.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud/Información y Análisis de Salud**: Situación de Salud en las Américas, Indicadores Básicos, Washington, D. C., 2017.

LINS, G. R. Tropicalismo e Europeísmo. Modos de Representar o Brasile a Argentina 165-195. *En*: GRIMSON, A. *et al.* **La antropología brasileña contemporánea:** contribuciones para un diálogo latinoamericano. Buenos Aires: Prometeo, 2004.

RÍOS, E. I. *et al.***Frontera mercosur**: La Institucionalidad de los Sistema Municipal de Salud y el Derecho a la Salud en Iguazú. Pelotas: Diprosul, 2011. Disponible en: www.ucpel.tche.br/mps/diprosul/docs/trabalhos/29.pdf.

PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD). **Informes de Desarrollo Humano**. Disponible en: http://hdr.undp.org/en/data.

ROVERE, M. R. Planificación estratégica de recursos humanos en salud-Washington, S**érie de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud**, 96, D. C., OPS, 1993.

SCHÜTZ, A. **El problema de la realidad social**. 2. ed. Buenos Aires: Amorrortu, 2008.

SHORE, C.; WRIGHT, S. (ed.). **Anthropology of Policy**: Critical Perspectives on Governance and Power. London, New York, Routledge, 1997.

SHORE, C. La Antropología y el estudio de la Política Publica: Reflexiones sobre la "Formulación" de las Políticas. **Antípoda,** n. 10, p. 21-49, 2010.

WOLHEIN, L. *et al.* **Triple Frontera:** tres sistemas de salud y un derecho universal a la salud. Trabajo presentado en el II Jornadas en Ciencias Sociales y Salud del INMeT, Puerto Iguazú, 1º nov. 2017.

WOLHEIN, L; JACQUIER, N Y CENTENO, J. **Representación del Sistema Municipal de Salud y el Derecho a la Salud en San Javier, Misiones Argentina**. Pelotas, Diprosul, 2011. Disponible en:

www.ucpel.tche.br/mps/diprosul/docs/trabalhos/26.pdf.

WORD BANK GROUPS. **Países y Economías**. Disponible em: https://datos.bancomundial.org/pais. Acceso en: 22 oct. 2017.

ZEMELMAN, H. **Voluntad de conocer**. El sujeto y su pensamiento en el paradigma crítico. Barcelona: Anthropos Editorial, 2005.

8. POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL E NA ARGENTINA: CONQUISTAS E DESAFIOS

Rossano Cabral Lima[1]
Erica Fernandez[2]
Anderson Funai[3]

INTRODUÇÃO

O encontro dos autores deste texto aconteceu durante a realização do I Congresso Internacional de Políticas Públicas de Saúde, na oficina que teve o mesmo título do capítulo. Um psiquiatra mineiro, uma enfermeira argentina e um enfermeiro paulista que dialogaram sobre as trajetórias das reformas psiquiátricas ocorridas nos dois países latinoamericanos com a intenção de realizar o debate sobre saúde mental, nesta ocasião, no oeste catarinense.

Quando discutimos sobre o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, a contribuição catarinense é praticamente inexistente. O fato mais relevante na história da Reforma ocorrido em Santa Catarina data de 1978, quando Camboriú sediou o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, conhecido como Congresso da Abertura. Pela primeira vez, os movimentos de saúde se reuniram num grande encontro, com a participação de aliados dos setores conservadores, estabelecendo uma "frente ampla" a favor das mudanças reivindicadas (LAPS, 2018).

---

[1] Doutor em Saúde Coletiva. Professor associado e vice-diretor do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ).

[2] *Licenciada en Enfermería. Magister en Políticas Sociales. Docente Regular de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Misiones. Co-Coordenadora de Biblioteca Virtual en Salud (BVS) Enfermería Argentina.*

[3] Doutor em Enfermagem Psiquiátrica. Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

As histórias da(s) psiquiatria(s) e da(s) reforma(s) psiquiátrica(a) parecem ter características muito parecidas. Se observarmos o contexto de Kraepelin na Alemanha, Pinel na França, Maxwell Jones na Inglaterra, Caplan nos Estados Unidos, Basaglia na Itália, observamos a inquietação e a proposição de algo que gerava desconforto e despertava curiosidade, a criatividade para propor o diferente. Alguns propositores desse processo histórico foram mais assertivos e mais coerentes com nossa compreensão sobre direitos humanos e atenção psicossocial, sendo que um deles influencia diretamente a Reforma Psiquiátrica Brasileira, no caso, Basaglia.

O importante a considerarmos é que tais personagens da área da psiquiatria foram propositivos e tentaram desenvolver processos de cuidado alternativos àqueles hegemônicos em seus momentos históricos. Aos trabalhadores, familiares, estudiosos e gestores que estão implicados com essa área da saúde cabe pensar e propor em nosso tempo histórico. Visitemos mais um pouco a história do processo brasileiro e a aproximação com a trajetória argentina.

O BRASIL E SUA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Antes de abordar as origens do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, é preciso contextualizá-lo em relação ao movimento da Reforma Sanitária no País. A trajetória de um não é redutível à do outro, mas houve pautas e estratégias em comum entre ambos, nascidos no momento em que a ditadura militar dava sinais de desgaste e os movimentos sociais começavam a rearticular-se.

A segunda metade dos anos 1970 é o período de eclosão do que viria a ser conhecido como "movimento sanitário brasileiro". Esse movimento se organizou em torno da defesa da mudança dos modelos de atenção e gerenciamento da saúde, da equidade na oferta dos serviços e do protagonismo dos trabalhadores e usuários nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado. Essas demandas passaram a penetrar em diversas camadas da sociedade, incluindo a Universidade, por meio dos departamentos de medicina preventiva ou de saúde pública. Isso resultou na criação, em 1976, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), tendo como eixo principal a luta pela democratização da saúde e da sociedade. Três anos depois, em 1979, foi criada a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, posteriormente rebatizada de Associação

Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), o que ocorreu durante a 1ª Reunião sobre Formação e Utilização de Pessoal de Nível Superior na Área da Saúde Pública (AMARANTE, 1998; LIMA e SANTANA, 2006).

Ainda em 1979, no 1º Simpósio de Política Nacional de Saúde na Câmara Federal, realizado em outubro, foi apresentado pelo CEBES aquele que é considerado o documento original de fundação do projeto do Sistema Único de Saúde (SUS). "A Questão Democrática na Área da Saúde" foi escrito originalmente pelos professores do Instituto de Medicina Social (IMS) da UERJ, José Luís Fiori, Hésio Cordeiro e Reinaldo Guimarães, sendo alvo de debates por movimentos sociais vinculados ao CEBES e, a partir daí, se tornando proposta coletiva do Movimento Sanitário (FLEURY, 2009).

No campo da psiquiatria, até o início dos anos 1970, a assistência resumia-se a ambulatórios da Previdência Social, macro-hospitais e asilos do Ministério da Saúde ou das Secretarias Estaduais de Saúde, além das clínicas privadas conveniadas. Na primeira metade daquela década, houve poucas experiências inovadoras, como a comunidade terapêutica no Hospital Pinel, no Rio de Janeiro, a setorização do atendimento no Hospital São Pedro, em Porto Alegre, e alguns documentos oficiais inspirados no preventivismo norteamericano (AMARANTE, 1998). Esse é o período no qual se inicia a difusão da literatura crítica em psiquiatria e saúde mental e ocorre a vinda de alguns de seus autores ao país. Foucault, por exemplo, esteve no Brasil, em 1965, na Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas da USP, em 1973, na PUC-Rio e em Barbacena-MG, em 1974, no IMS-UERJ, onde realizou seis conferências, em 1975, novamente na USP, e, em 1976, visitando Salvador, Recife e Belém (RODRIGUES, 2011; 2016).

As narrativas sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil têm como marco inicial o ano de 1978 e tendem a organizar sua trajetória em torno de três períodos (BRASIL, 2005; VASCONCELOS, 2010), com pequenas diferenças em relação aos anos de corte entre eles. Em Brasil (2005), o primeiro período vai de 1978 a 1991; o segundo período vai de 1992 a 2000, e o terceiro período, de 2001 a 2005; em Vasconcelos (2010), o primeiro período vai de 1978 a 1992; o segundo, de 1992 a 2001; e o terceiro, de 2001 a 2010. Amarante (1998) propõe uma periodização distinta, embora também dividida em três fases. A primeira, nomeada de "trajetória alternativa", localiza-se na segunda metade dos anos 1970; a segunda, "a trajetória sanitarista", inicia-se nos primeiros anos da década de 1980 e encerra-se com a I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987; a partir do II Congresso

de Trabalhadores em Saúde Mental, também em 1987, se iniciaria o terceiro período, "a trajetória de desinstitucionalização ou desconstrução/invenção". A diferença explica-se, em parte, por tratar-se de análise ainda precoce, feita no final dos anos 1990, enquanto as outras são posteriores.

O primeiro período, situado entre 1978 e 1991, tem como eixo a crítica ao predomínio do hospital psiquiátrico, marcado pelo surgimento do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), na esteira da crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), em 1978. A Campanha Nacional de Saúde Mental, iniciada em 1974, havia permitido a entrada de novos profissionais nas unidades psiquiátricas do Ministério da Saúde, o que contribuiu para o arejamento desses serviços por trabalhadores críticos ao modelo asilar. Sua situação trabalhista precária (os contratados recebiam bolsas) e a constatação das péssimas condições das enfermarias nas quais viviam os pacientes psiquiátricos resultaram na deflagração de um movimento de denúncias, greves e demandas trabalhistas, ao qual o governo militar respondeu com demissão em massa nas unidades da DINSAM do Rio de Janeiro (AMARANTE, 1998; BEZERRA, 1994). Herdeiro desse processo de "crise", o MTSM nasce como rede informal de núcleos regionais (inicialmente, Rio de Janeiro, São Paulo e Bahia) e se torna porta-voz de denúncias ao modelo oficial, de caráter privatizante e "hospitalocêntrico", formulando propostas de desospitalização, além de demonstrar preocupação com a condição de cidadania dos doentes mentais.

Em 1978, ocorre também o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, denominado Congresso da Abertura, numa época em que a agenda política das associações psiquiátricas ainda encontrava pontos em comum com os movimentos sociais progressistas. Em janeiro de 1979, ocorre o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, na cidade de São Paulo (AMARANTE, 1998). Esse período também se destaca pelas visitas de Franco Basaglia, que se tornaria a principal referência do movimento antimanicomial. Basaglia esteve no Brasil em 1978 para o I Simpósio Internacional de Psicanálise, Grupos e Instituições, no Rio de Janeiro, que contou também com a presença de Robert Castel, Felix Guatarri, Erving Goffman, entre outros. Basaglia retornou ao Brasil em 1979, para conferências e visitas a hospícios no Rio, em São Paulo e Minas Gerais (BASAGLIA, 1979; ARBEX, 2013), e novamente naquele ano, para o III Congresso Mineiro de Psiquiatria.

O final dos anos 1970 também testemunhou a difusão da psicanálise que, reforçada pela chegada de analistas argentinos perseguidos pela ditadura militar daquele país, ganhava forte conotação política, tanto internamente – com contestações a posições da International Psychoanalitycal Association (IPA) – quanto no ambiente externo, criticando o apoliticismo de parte dos psicanalistas (BEZERRA, 1994).

No contexto de abertura política, a situação dos hospitais psiquiátricos começou a ganhar cobertura da mídia e tornar-se visível para a população em geral. Em Minas Gerais, Helvécio Ratton dirigiu o documentário “Em nome da razão” e Hiram Firmino publicou a série de reportagens “Nos porões da loucura”, para o jornal Estado de Minas, ambos em 1979, exibindo ao país o interior do manicômio de Barbacena (FIRMINO, 1982). No Rio de Janeiro, em maio de 1980, reportagem do programa Fantástico, da TV Globo, fez o mesmo em relação à Colônia Juliano Moreira, revelando também o interno e artista plástico Arthur Bispo do Rosário.

A década de 1980 é politicamente marcada pelo movimento em defesa de eleições diretas para presidente e de nova constituição federal, incluindo a proposta de sistema único e descentralizado de saúde. No esteio da 8ª Conferência de Saúde (1986), que lança as bases para o SUS, ocorre a I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em junho de 1987. Com 176 delegados, enfatizou a questão dos direitos humanos dos usuários e recomendou que os investimentos ocorressem prioritariamente nos serviços extra-hospitalares e multiprofissionais, como estratégia de oposição à tendência “hospitalocêntrica”. A I Conferência produziu poucos resultados práticos nas políticas assistenciais, em parte pela resistência da Federação Brasileira de Hospitais e da burocracia estatal. Porém, um de seus desdobramentos foi o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, ocorrido em Bauru (SP) em dezembro do mesmo ano, contando com 350 congressistas (AMARANTE, 1995). Surge o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, marcando a ampliação do escopo do movimento, que deixa de ser composto apenas por “trabalhadores de saúde mental”, incluindo novos atores e se constituindo como “movimento antimanicomial”.

Nesse mesmo período, surgem as primeiras experiências locais de superação do modelo vigente de assistência psiquiátrica. Em 1987, é inaugurado o CAPS Prof. Luiz Cerqueira, na cidade de São Paulo, representando uma resposta

à insuficiência do binômio ambulatório-internação para psicóticos e neuróticos graves (GOLDBERG, 1996). Inspirado no movimento "psicoterapia institucional francesa", o CAPS da Rua Itapeva se oferecia como espaço aberto de convivência cotidiana, no qual se pratica a clínica ampliada, onde a escuta do sujeito e sua participação nas decisões terapêuticas são o eixo do tratamento. Dois anos depois, em 1989, a prefeitura de Santos (SP) realizou intervenção na Casa de Saúde Anchieta, tradicional hospital psiquiátrico da cidade, iniciando a implantação de uma rede de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), abertos 24 horas por dia, além de moradias para egressos do hospital, cooperativas de trabalho e iniciativas culturais – a rádio Tamtam, composta por técnicos e usuários, foi o exemplo mais conhecido.

Como resultado do acúmulo de força política pelo movimento antimanicomial, em 1989 foi apresentado na Câmara dos Deputados o Projeto de Lei 3657/89, pelo deputado Paulo Delgado, do Partido dos Trabalhadores do estado de Minas Gerais. Inspirado na Lei 180 da Itália, conhecida como Lei Basaglia, aprovada em 1978, o texto da Lei Paulo Delgado impedia a construção de novos hospitais e a contratação de leitos psiquiátricos pelo poder público. Do mesmo modo, direcionava os recursos públicos para a criação de serviços não manicomiais e tornava obrigatória a comunicação das internações involuntárias à justiça. O projeto passou por longa tramitação, envolvendo negociações com forças conservadoras que a ele se opunham e só foi aprovado – com modificações – mais de 10 anos depois (ARBEX, 2013).

O segundo período da Reforma Psiquiátrica, de 1992-2000, (BRASIL, 2005; VASCONCELOS, 2010), é marcado pelas primeiras normas federais e pelo início da implantação efetiva da rede extra-hospitalar no país. A nova década inicia-se com a promulgação da Lei 8080/1990, que regulamenta a implantação do Sistema Único de Saúde, como determinava a Constituição de 1988. O governo federal, apesar de ser politicamente conservador e economicamente liberal, cria a Coordenadoria de Saúde Mental (substituindo a DINSAM), que edita as primeiras normas regulamentando a implantação e financiamento de serviços de atenção diária e a fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. Soma-se a isso que, no decorrer dos anos 1990, sete estados (CE, ES, MG, PR, PE, RN, RS) e o Distrito Federal promulgam leis de reorientação da assistência psiquiátrica inspiradas no projeto de lei Paulo Delgado. Ao lado dos avanços normativos e legislativos, haveria lenta ampliação do número de CAPS, redução de leitos e

fechamento de hospitais psiquiátricos e incentivo a leitos em hospitais gerais. No final dos anos 1990, o país conta com 208 CAPS, mas 93 % dos recursos para a saúde mental eram consumidos em hospitais psiquiátricos (Brasil, 2005). Os anos 1990 também testemunham o nascimento dos primeiros serviços de saúde mental para crianças e adolescentes no referencial da atenção psicossocial comunitária. O Centro de Referência em Saúde Mental Infantojuvenil (CERSAMI) de Betim (MG) surge em 1994, e o CAPSi Pequeno Hans, no Rio, em 1998 (FERREIRA; BONTEMPO, 2012; BRASIL, 2013).

Outro evento importante do período foi a II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, inspirada na Conferência de Caracas (OPAS), de 1990, que, em reunião dos países da região, definiu os princípios para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica nas Américas, redirecionando-a para serviços de base comunitária e para os hospitais gerais. A II Conferência teve etapas municipais e estaduais e foi a primeira a contar com presença expressiva de usuários e familiares (20 % do total de participantes).

O terceiro período, de 2001-2015, corresponde à institucionalização da Reforma Psiquiátrica, que passa a abranger não apenas um movimento social, mas também uma política de Estado (BRASIL, 2005; VASCONCELOS, 2010). Nessa etapa, a reorientação do modelo de assistência em saúde mental se consolida, ganhando mais respaldo social, político e jurídico.

O marco inicial desse período é a aprovação, em 2001, da Lei 10.216, fruto de longa negociação no Congresso Nacional em torno do projeto de lei 3657/89, envolvendo seus defensores – ligados ou não ao movimento antimanicomial – e seus opositores – especialmente a Federação Brasileira de Hospitais e a Associação dos Familiares de Doentes Mentais (AFDM). A lei trata dos direitos das pessoas com transtornos mentais, regulamenta as internações (determinando que as de caráter involuntário sejam comunicadas em até 72 horas ao Ministério Público) e reorienta a assistência em saúde mental, na direção de um modelo comunitário de atenção integral. Porém, ao contrário do projeto inicial, não impede a construção de novos hospícios nem a contratação de leitos psiquiátricos.

Em 2001 também ocorre a III Conferência Nacional de Saúde Mental, cujo tema foi "Cuidar sim. Excluir não". A dimensão da III Conferência superou a das anteriores: foi antecedida por 163 conferências municipais, 173 microrregionais e regionais e 27 conferências estaduais; sua etapa nacional contou com 1700 participantes aproximadamente. Sua pauta foi ampla, incluindo desde temas mais

abrangentes, como desinstitucionalização, política de recursos humanos, financiamento, acessibilidade, direitos e controles sociais, até temas mais específicos, como a atenção a usuários de álcool e outras drogas e a proposta da "rede de atenção integral" para crianças e adolescentes, tendo nos CAPSi o principal dispositivo. Por fim, foi também em 2001, de acordo com Vasconcelos (2010), que o movimento antimanicomial se divide entre o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) e a Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (Renila).

O ano seguinte foi marcado por um ato de gestão, a edição da Portaria 336/2002 pelo Ministério da Saúde, que define e normatiza os CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPS ad. A partir de 2003, com o início do governo Lula, se aprofunda o processo de desinstitucionalização psiquiátrica, por meio do Programa de Volta para Casa, do pagamento de benefícios para sustentar a saída de moradores de hospitais psiquiátricos e de sua alocação na família ou em Serviços Residenciais Terapêuticos. Políticas de inclusão social pelo trabalho e Centros de Convivência e Cultura são exemplos de outras iniciativas de reabilitação psicossocial implementadas nesses anos (BRASIL, 2015).

O ponto culminante do período foi a realização, em 2010, da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, tendo como tema "Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios". Essa conferência foi antecedida pela "Marcha dos usuários", ocorrida em Brasília, em setembro de 2009, com a presença de mais de 2300 pessoas de todo o Brasil. Organizada principalmente pela Renila, a marcha teve papel político fundamental, fazendo pressão para que o Conselho Nacional de Saúde convocasse a Conferência (VASCONCELOS, 2010).

No ano seguinte, o destaque cabe para a edição da Portaria 3088/2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A RAPS articula serviços já existentes, como os CAPS, e novos serviços, como as Unidades de Acolhimento para pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas em situação de vulnerabilidade, aos demais equipamentos de saúde e às outras redes de saúde, como a Rede de Urgência e Emergência (RUE) e a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. É importante ressaltar que a última é fruto de um movimento de empoderamento desse grupo social, a partir da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, em 2007, que adquiriu estatuto de lei nacional ao ser promulgada pelo Decreto 6949/2009. Desde então, vêm surgindo diversas interfaces entre o campo da deficiência e a saúde mental, mas

nem sempre tem sido possível a construção de políticas consensuais entre ambos. Em 2013, por exemplo, o Ministério da Saúde publicou dois documentos dirigidos para a mesma população – os autistas e seus familiares –, sendo que um foi produzido pela saúde mental e outro pela saúde da pessoa com deficiência (BRASIL, 2013a; 2013b. OLIVEIRA, 2016).

Assim, no final de 2014, o Brasil contava com 2209 CAPS, 610 Serviços Residenciais Terapêuticos (abrangendo 2031 moradores) e 4349 beneficiários do Programa de Volta para Casa. Os gastos com ações comunitárias psicossociais representavam cerca de 80% dos recursos da área – em 2002 eram apenas 25%, enquanto o hospital psiquiátrico consumia 75% dos gastos. O número de leitos em hospitais psiquiátricos havia caído para 25.998, com predomínio de hospitais de menor porte (até 160 leitos). Contudo, os leitos de saúde mental em hospitais gerais, que são alternativas para hospitalização em casos agudos, eram apenas 888 em todo o país. Além disso, a distribuição de todos esses equipamentos e ações tem sido desigual; no caso dos CAPS, em 2014 a Paraíba tinha 1,57 CAPS para cada 1000 habitantes (cobertura considerada "muito boa") enquanto no Espírito Santo o índice era de 0,46 CAPS por 1000 habitantes (cobertura "regular/baixa") (BRASIL, 2015).

Em 2016, começa o que entendemos como a quarta fase do processo de Reforma, na verdade, a fase da contrarreforma. Para Vasconcelos (2016), a quarta fase se inicia antes, já em 2010, no contexto de recessão econômica global, de redução do investimento das políticas sociais e no SUS e das crises do governo de coalizão de Dilma Rousseff. No campo da saúde mental, um dos principais problemas desse período é a difusão do *crack*, gerando como resposta as políticas de limpeza urbana e internações em comunidades terapêuticas, ao lado da incapacidade da rede de atenção psicossocial em oferecer estratégias de assistência eficazes.

Esse período, aliás, se inicia no final de 2015, no contexto da crise de sustentação política do governo Dilma, quando a presidenta, na tentativa de garantir apoio do PMDB, nomeia o deputado Marcelo Castro como Ministro da Saúde. Castro é psiquiatra – embora desde que se tornou político profissional não tenha se dedicado à especialidade – e indica um antigo aluno, Valencius Wurch, como novo Coordenador Nacional de saúde mental, álcool e outras drogas. Valencius havia sido, nos anos 1990, diretor técnico da Casa de Saúde Doutor Eiras, em Paracambi, Rio de Janeiro, maior hospício privado da América Latina, alvo de

denúncias de maus tratos e diversas outras violações de direitos dos pacientes, finalmente fechado em 2012. Ele interrompe a tradição, iniciada em 1991, da Coordenação de Saúde Mental ser liderada por nomes diretamente ligados à Reforma Psiquiátrica. Sua nomeação provocou forte reação do campo, desaguando no movimento "Fora Valencius", que se espalhou por diversas cidades do país e promoveu a ocupação da sala daquela Coordenação durante 121 dias (VASCONCELOS, 2016; DIAS, 2016). Após a saída de Castro do Ministério, Valencius foi exonerado em 9 de maio de 2016.

Após o golpe do impeachment da presidenta Dilma, o engenheiro e empresário Ricardo Barros é nomeado Ministro da Saúde por Michel Temer, como parte do acordo político com o Partido Progressista. Barros escolhe como Coordenador-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas o psiquiatra Quirino Cordeiro Jr., que toma posse em 10 de fevereiro de 2017. Ao contrário de Wurch, Quirino é indicação explícita da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), que, desde o início dos anos 2000, se tornou crítica ferrenha da Reforma Psiquiátrica. Em dezembro de 2017, a proposta de "novas" diretrizes para as políticas públicas de saúde mental foi aprovada – com modificações – pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), sendo comemorada pelos setores conservadores como "A segunda reforma psiquiátrica" (LARANJEIRAS, 2017) e saudada pelo ex-presidente da ABP, Antônio Geraldo, e pelo próprio Cordeiro como vitória "após quase 30 anos de uma política pública de saúde mental no Governo Federal, que desfocou o atendimento e gerou a desassistência [....]" (GERALDO; CORDEIRO, 2018, p. 22).

As novas diretrizes propostas por Quirino e a ABP implicam, entre outras medidas, a inclusão do Hospital Psiquiátrico Especializado na RAPS, com reajuste do valor de suas diárias, custeio para aparelhagem de eletroconvulsoterapia e interrupção do processo de redução dos leitos psiquiátricos. E também a ampliação das vagas e do financiamento de Comunidades Terapêuticas para o tratamento em regime fechado de pessoas com problemas no uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2017a; 2017b). Dessa forma, a Reforma Psiquiátrica no Brasil pós-golpe enfrenta um dilema: avançar ou resistir? Por um lado, ainda há enormes desafios estratégicos para a implantação plena da rede de atenção psicossocial em boa parte do país; por outro, a perspectiva real de retrocesso nas políticas de saúde mental aponta para a necessidade tática de defender o que foi conquistado até agora, deixando a busca de novos avanços para tempos mais favoráveis. Enquanto nuvens sombrias continuarem pairando sobre a Reforma Psiquiátrica

no Brasil, gestores, trabalhadores e usuários precisam encontrar brechas a nível local, especialmente em seus municípios, produzindo pequenas ações cotidianas que mantenham vivo o espírito antimanicomial e não nos deixem esquecer dos desafios políticos e assistenciais que ainda temos que enfrentar.

Entre os desafios aguardando resposta em nossa agenda, podemos destacar: a superação da lacuna assistencial na atenção à crise, especialmente nas cidades de médio e grande porte, agravada pela escassez de CAPS III e de leitos psiquiátricos em unidades de emergência ou hospitais gerais e pela superlotação e limitações estruturais dos CAPS II; a atenção aos transtornos psiquiátricos menores, tanto em crianças como em adultos, evitando medicalizar questões sociais; a integração de forma eficiente da saúde mental na atenção básica, de modo que haja cooperação e não competição entre CAPS e ESF; a politização da relação com os familiares e suas associações, com destaque para o caso do autismo; o investimento em formação permanente, furando o "bloqueio acadêmico" ainda existente em faculdades Brasil fora; o avanço nas políticas intersetoriais, sabendo que muitas das ações psicossociais dependem de atores e setores fora do campo da saúde; a produção de dados epidemiológicos dos territórios abrangidos pelos serviços e sobre os próprios equipamentos de saúde mental; a avaliação qualiquantitativa dos dispositivos de cuidado, com a construção de indicadores para auxiliar no planejamento de ações clínico-territoriais, no monitoramento de seu andamento e na determinação de sua efetividade na vida dos usuários e famílias assistidas.

Por fim, o enfrentamento das velhas e novas formas de institucionalização e práticas de "cuidado" em regime fechado, com pouca integração com a RAPS, envolvendo especialmente as Comunidades Terapêuticas, e, no caso de crianças e adolescentes, o Sistema Nacional de Atendimento Sócio-Educativo (SINASE). Ou seja, não são poucas as tarefas e os obstáculos da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Vejamos agora quais são as peculiaridades desse processo no país vizinho.

A EXPERIÊNCIA ARGENTINA

Atualmente, a atenção à saúde mental na Argentina passa por um processo instável de transição. Dizemos "instável" porque, por um lado, há ações concretas

que mostram avanços na promoção das políticas na área da Saúde Mental nos últimos anos e, por outro lado, há dificuldades em aplicá-las e sustentá-las.

Nessas linhas, tentaremos abordar aspectos dessas duas dimensões das políticas que materializam o processo de instalação do novo modelo de atenção à Saúde Mental.

Em relação à primeira dimensão e aos avanços mencionados anteriormente, eles se refletem na formulação de políticas voltadas para a instalação de um novo modelo de abordagem ao problema dos transtornos mentais, que se caracteriza por promover a atenção dos indivíduos a partir de um enfoque de direitos e igualdade no acesso à atenção integral à saúde. Esse modelo diferencia-se claramente do modelo tradicional de atenção, que, historicamente, foi representado pela exclusão, característica de instituições totais, além da conhecida peculiaridade do protagonismo dos hospitais psiquiátricos asilares como o único modo de tratamento.

Galende (2006) aponta que, nos últimos vinte anos, estratégias de participação comunitária foram incorporadas e que alguns locais mudaram seu nome tradicional de Hospital Psiquiátrico para Centro de Assistência e Reabilitação, introduzindo modificações no serviço que, tradicionalmente, era oferecido pelo hospital psiquiátrico. Contudo, esses avanços não envolviam mudanças radicais.

Na Argentina, desde meados do século XX, houve tentativas de reorientar a abordagem da Saúde Mental a partir de um enfoque não convencional. Os antecedentes históricos da implementação de modelos de gestão comunitária incluem a experiência no Hospital de Lanús, com Mauricio Goldenberg, na década de 1950, que incorporou dispositivos de atenção na comunidade, deixando sinais claros de que havia outras formas de abordar o problema mental. Mais tarde, no final dos anos 1980, após a ditadura militar, o processo de desinstitucionalização na província do Rio Negro revelou-se como experiência modelo para a América Latina e demonstrou que a desinstitucionalização era realmente possível por meio de uma experiência concreta, o fechamento do Hospital Psiquiátrico na cidade de Allen. Cohen (1994) adverte que o processo de desinstitucionalização tem como objetivo produzir profundas transformações nas pessoas, construindo uma nova cultura para os diferentes. Para que isso possa se concretizar, é necessária a intervenção de todos os setores da comunidade. Nesse contexto, a desinstitucionalização foi entendida como a transformação de um sistema de saúde mental. Assim, a abordagem deixaria de enfocar os hospitais psiquiátricos

e permitiria que as pessoas com transtornos mentais vivessem na comunidade, tornando-as parte do direito à igualdade de cuidados como as demais pessoas com outros problemas de saúde.

Em 2001, através da Lei 25.421, foi criado o Programa de Assistência Primária à Saúde Mental (APSM). No artigo quarto do documento, ressalta-se o que se entende por atenção primária, prevenção, promoção e proteção da saúde mental. Trata-se da estratégia de saúde baseada em procedimentos de baixa complexidade e alta efetividade, dirigida a indivíduos, grupos ou comunidades. Os objetivos seriam evitar o desencadeamento de doenças mentais e desestabilização psíquica e auxiliar as pessoas doentes em busca de reabilitação e reinserção familiar, laboral, cultural e social, após a superação da crise ou internação prolongada. No entanto, esta legislação não teve repercussões significativas na prática.

Nesse contexto, as ações mais concretas, como as políticas de Estado, são materializadas a partir do paradigma dos direitos humanos, firmemente estabelecido na Argentina, depois de vários governos democráticos, já superando as vicissitudes deixadas pela ditadura militar. Um avanço importante foi a criação da Direção Nacional de Saúde Mental no início de 2010 e, no final do mesmo ano, a sanção da Lei Nacional de Saúde Mental nº 26.657, que constitui o marco regulatório para o cuidado da saúde mental da população. Assim, são claramente delineadas políticas destinadas ao cuidado com a saúde mental nos hospitais gerais em todo o país.

Entretanto, como apontado por Cohen e Natella (2013), a desinstitucionalização não começa nem termina com uma lei, que é o ponto de partida, apenas parte do caminho que deve ser percorrido quando um processo tão radical como este é realizado. Para sua efetivação, é necessário construir novas formas de pensar a realidade, elaborar novas práticas e modificar representações em torno do modo tradicional de lidar com a doença mental, o que implica um trabalho imenso.

Essa política substantiva tentou gerar um novo espaço de atenção, promovendo a expansão das fronteiras do cuidado em hospitais públicos que tradicionalmente abordavam problemas de saúde em geral, mas não na esfera psiquiátrica. A partir dessa tendência paradigmática, cria-se o Programa Nacional de Saúde Mental, lançado no final de 2011, em diversos hospitais gerais, com programas de atendimento a crises em emergências, consultórios, nos Centros Comunitários de Integração (CIC) e Centros de Atenção Primária à Saúde (CAPS), distribuídos em diferentes partes do país.

A implementação de práticas por meio de programas subsidiados constitui a primeira experiência no país de atenção em saúde mental da população a partir de uma nova visão, um direito que esteve ausente até o momento. Essa iniciativa visa mudar o modelo de atenção psiquiátrica em vigor, com um olhar para a reordenação social, debatida desde a Declaração de Caracas em 1990. Essas particularidades foram vistas como um avanço claro em termos de políticas públicas no início do século XXI, apontando para uma nova abordagem da Saúde Mental, resultando em ações concretas como as políticas de Estado.

Seguindo esse eixo transformador, não podemos deixar de mencionar que, pela Resolução 2177/2013 do Ministério da Saúde da Nação, o Plano Nacional de Saúde Mental 2013-2018 é oficialmente aprovado. Nele são propostas ações e metas de trabalho para assegurar o direito à proteção da saúde mental da população e o pleno gozo dos direitos humanos das pessoas com doenças mentais, conforme a Lei Nacional de Saúde Mental nº 26.657 e seu Decreto Regulamentar nº 603/2013 do Ministério da Saúde da Nação (ARGENTINA, 2013a; 2013b).

O plano apresenta a abordagem interdisciplinar como um dos desafios a enfrentar no novo cenário diante do modelo comunitário em saúde mental. Nesse contexto, as responsabilidades interdisciplinares não colocam em xeque a relevância dos participantes, no entanto, repensam a hegemonia construída nesse campo da saúde. Esse documento, sem desconsiderar as fragilidades do sistema, como a estigmatização e a discriminação de pessoas com sofrimento mental, inseridas em um sistema com redes escassas, que o distanciam do modelo inclusivo proposto pela lei nacional, propõe o seguinte:

> Elaborar estratégias para implementar, monitorar e avaliar projetos, programas e atividades que promovam a não estigmatização e a não discriminação dos usuários de serviços de saúde mental e dependentes químicos e a desnaturalização de mitos e preconceitos que afetam o pleno cumprimento de seus direitos (ARGENTINA, 2013b).

Além disso, outro objetivo do plano é aumentar a acessibilidade aos serviços, dispositivos e às atividades de Saúde/Saúde Mental da população, erradicando aquelas práticas que contribuem para gerar representações sociais estigmatizantes e dificultar o exercício da cidadania. Outra meta é criar de forma programada, gradual e definitiva os serviços de Saúde Mental em Hospitais Gerais com leitos para internação e atendimento de emergência.

Em concordância com a apresentação do plano, em 2013, pelo Decreto Regulamentar nº 603/2013, é efetivada a regulamentação da Lei Nacional promulgada três anos antes. Desse modo, promove-se uma rede de serviços com base na comunidade, ou seja, um conjunto de serviços coordenados e integrados. O objetivo é garantir o processo integral de atenção e inclusão social, que deve abranger serviços, dispositivos e benefícios, como Centros de Atenção Primária à Saúde, serviços de saúde mental nos Hospitais Gerais com internação e sistemas de atendimento de emergência (ARGENTINA, 2013a).

Retornando à segunda dimensão proposta no início deste tópico, a respeito das dificuldades na aplicação e sustentabilidade das políticas que se pretendem implementar, percebe-se que, em relação à atenção aos problemas mentais nos hospitais gerais, existe uma intensa luta por parte dos trabalhadores dos programas de saúde mental, instalados desde 2011, para a construção de uma nova cultura de cuidados que contemple o direito das pessoas com problemas mentais a uma atenção igualitária no contexto da saúde, da mesma forma que quaisquer problemas físicos.

No entanto, a aplicação dessas políticas coloca novos desafios, para se aproximar das recomendações que, desde Alma-Ata, Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde de Alma-Ata (OMS/OPAS/CONICET), realizada em 1978, propõem ações orientadas para a inclusão de toda a população, baseadas na Atenção Primária à Saúde (APS). Embora essas estratégias funcionassem para o pensamento sanitário centrado na saúde da família e da comunidade, a assistência psiquiátrica continuava, em grande parte, comprometida com a modalidade asilar. As políticas de saúde mental da Organização Mundial da Saúde (OMS) têm visado modificar essa distorção da prática psiquiátrica, realizando uma reflexão profunda sobre os problemas de saúde e as doenças mentais.

É possível observar resistências e tensões por parte dos profissionais dos hospitais gerais à integração das novas modalidades de atenção ao indivíduo doente e seu ambiente sociofamiliar. Nesse sentido, e como demonstram as correntes inovadoras, a tendência da busca por uma modalidade alternativa ao modelo convencional é objeto de polêmica não apenas em nosso país, mas em todo o mundo, onde diferentes posições coexistem na perspectiva de cada ator das equipes de saúde.

Os programas de assistência à crise, que foram protagonistas da incorporação de equipes interdisciplinares e prometiam um cenário mais igualitário em

termos de acesso à saúde, apesar de insistirem em inserir-se como novos atores nas rotinas hospitalares, não tiveram níveis iguais de aceitação nos diferentes pontos onde foram estrategicamente incluídos. E, ao não conseguir capitalizar as pequenas, mas, ao mesmo tempo, grandes conquistas que foram feitas nos diferentes níveis de atenção primária à saúde, como a prestação de serviços domiciliares, resolução de crises, interação com diferentes disciplinas, fornecimento de medicamentos, entre outros, acabaram contando com um número cada vez menor de recursos humanos. Entre 2016 e 2017, com a mudança de governo (em dezembro de 2015, o Sr. Mauricio Macri tornou-se presidente da Argentina), grande parte desses programas foi fechada ou conservaram a estrutura inicial de forma mínima, reduzindo as possibilidades de ação interdisciplinar, tão necessária para abordar problemas mentais, vulnerabilizando, assim, o direito dos usuários.

Mencionadas as dificuldades do campo relacional, geradas pela entrada dos profissionais da saúde mental nos serviços de saúde geral, outro aspecto determinante é o custo econômico que demanda a implementação, manutenção e avaliação dos programas. Nesse sentido (a partir da experiência rio-negrina), entre os fatores mais relevantes que dificultam a reforma social dos serviços de saúde mental, Cohen e Natella (2013) elencam os seguintes:

a. estigma, preconceito e falta de informação;
b. falta de formação adequada dos profissionais, como psicólogos e psiquiatras, tanto na graduação quanto na pós-graduação;
c. gestão de serviços;
d. interesses econômicos dos laboratórios farmacêuticos.

Por outro lado, houve um grande movimento na área educacional, que incluiu cursos de formação, fóruns, cursos de graduação, especializações e cursos de pós-graduação, trazendo como consequência a produção de livros digitais e impressos para promover o novo modelo e a sistematização de experiências que foram realizadas em diferentes lugares. O resultado positivo gerado foi o aumento da produção promovida pelo Estado, a partir de universidades e organismos públicos.

Assim, em decorrência desta tendência, surgem numerosos estudos, muitos deles interdisciplinares, sobre o tema Saúde Mental, investigando diferentes aspectos do novo modelo de atenção.

Em 2014, a Comissão Interministerial Nacional de Políticas de Saúde Mental e Dependências elaborou documento com recomendações para os currículos das universidades públicas e privadas, a partir do artigo 33 da Lei Nacional Nº 26.657, como resultado de um processo de consulta e discussão realizado com especialistas, autoridades locais no campo da saúde mental, organizações da sociedade civil, sociedades profissionais e agências governamentais. No documento, recomenda-se a adoção da abordagem de direitos, a inclusão social e a interdisciplinaridade como eixos transversais de formação, extensão e pesquisa no ensino superior. Isso marca uma política de Estado clara, que responde ao que é proclamado pela Lei 26.657 e é uma força para a nova política de saúde mental.

Muitas províncias argentinas aderiram à Lei Nacional 26.657; outras estão em processo de preparação de leis provinciais. Em algumas partes do país, foi lançado um programa de construção de moradias assistidas para dar continuidade às políticas que priorizam o tratamento ambulatorial. No entanto, o progresso em termos de fechamento de dispositivos com características asilares é lento, e há dificuldades em instalar novos serviços e sustentar estratégias no âmbito da comunidade, mostrando as fragilidades na modificação do sistema de saúde, mesmo com a legislação vigente.

No ano de 2017, instala-se um novo debate, que deve gerar inquietação em quem defende o direito à saúde, uma vez que se coloca em discussão a possibilidade de um projeto de reforma, por decreto, da regulamentação da Lei Nacional de Saúde Mental, o que implicaria uma modificação completa dessa lei. Este panorama alertou organizações sociais e de direitos humanos, associações profissionais e instituições vinculadas à saúde mental e houve oposição significativa à aprovação do decreto de alteração. Embora a aprovação não tenha se concretizado, o tema tem despertado grande preocupação, mostrando a forma como as organizações profissionais, os familiares e os usuários dos serviços de saúde mental estão envolvidos no processo. Apesar da possibilidade de retrocesso, a participação de diferentes atores sociais que manifestaram sua oposição à aprovação das modificações é vista como uma força positiva.

O modelo da reforma implica ressaltar os aspectos mais saudáveis das pessoas, promovendo o bem-estar delas, o que requer necessariamente a intervenção dos órgãos estatais para formular, aprovar e controlar políticas sociais voltadas a aspectos que não foram considerados anteriormente na atenção integral à saúde. Contudo, a partir da realidade argentina, observa-se com preocupação

que, depois de haver avanços importantes no que diz respeito à reforma da saúde mental, ressurgem ideias que obscurecem as experiências positivas, apontando as contingências às quais o processo de reforma está exposto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O panorama atual da Reforma Psiquiátrica no Brasil reflete o momento político, econômico e social do país, que combina retrocessos nos direitos sociais e restrições ao exercício da plena democracia. Esse cenário demandará tempo e ação para sua superação, pois envolve a ascensão de um grupo político ultraconservador ao governo federal. Porém, é certo que, num futuro próximo, outros atores-autores reescreverão esta história para narrar o fracasso da contrarreforma e a retomada do protagonismo dos trabalhadores e usuários na definição dos rumos da atenção psicossocial no país.

Em relação à Reforma Psiquiátrica na Argentina, o aspecto legal de regulamentação encontra-se em processo de mudança, o que é apontado como retrocesso em relação à Lei Nacional de Saúde Mental e tem estimulado a articulação de trabalhadores, familiares e usuários do sistema de saúde.

No contexto brasileiro, o dilema "avançar ou resistir" ocupa as mentes dos atores envolvidos com a área, e podemos observar que a Argentina vivencia experiência semelhante. A história demonstra que interesses econômicos tiveram peso na regulamentação da Lei 10.216 no Brasil, e decisões unilaterais estão acontecendo para reformular a política nacional de saúde mental, sendo consideradas equivocadas pelos militantes da área.

A disputa pelos espaços de tomada de decisão precisa estar em pauta a todo tempo, a todo instante, pois os processos sociopolíticos nunca estão finalizados. Será que houve um "gap" entre a geração que militou desde a década de 1970 e conseguiu a promulgação (mesmo com várias alterações) da Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira em 2001 e os militantes que hoje ocupam os espaços de atenção à saúde mental? Os "jovens" profissionais contemporâneos podem ter acreditado que a Reforma estava pronta e foram surpreendidos, em um piscar de olhos, pelo que temos denunciado: Golpe! Os processos brasileiro e argentino de Reforma enfrentam momentos difíceis, mas os militantes dos dois países podem e devem aprender uns com os outros e transformar esse diálogo mútuo

em instrumento de ação política, tendo sido esse o objetivo deste texto escrito a seis mãos latino-americanas.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. (coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil [online]. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ARGENTINA. Ministerio de Salud de la Nación. **Resolución 2177/2013** del Plan Nacional de Salud Mental 2013-2018 Bs As: Arg. 2013a.

ARGENTINA. Ministerio de Salud de la Nación. **Decreto reglamentario Nº 603/2013**. Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657. Arg. 2013b.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL (ABRASME). Crônicas da resistência em tempos de desconfiguração da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. **Boletim da Saúde Mental 01**. São Paulo, janeiro de 2018.

BASAGLIA, F. **Psiquiatria alternativa:** contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. São Paulo: Brasil Debates, 1979.

BEZERRA JR., B. De médico, de louco e de todo mundo um pouco: o campo psiquiátrico no Brasil dos anos 80. *In*: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. (org.). **Saúde e sociedade no Brasil:** anos 80. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados** – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015.

BRASIL. **Portaria n. 3.588**, de 21 de dezembro de 2017. Disponível em: http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/dezembro2017/dia22/portaria3588.pdf. Acesso em: 20 mar. 2018.

BRASIL. **Resolução CIT No. 32**, de 14 de dezembro de 2017. Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/05/Resolu----o-CIT-n---32.pdf. Acesso em: 25 fev. 2018.

CEBALLOS, F. **El Manicomio**: crónicas de una lógica que coloniza subjetividades. Córdoba: Universitaria de Villa María. 2011.

COHEN, H.; NATELLA, G. **La Desmanicomialización**: Crónica de la reforma del sistema de Salus Mental en Río Negro. Bs. As.: Lugar Editorial, 2013, p. 82.

COHEN, H. **Políticas en Salud Mental**. Bs.As: Lugar Editorial.1994.

DIAS, Bruno. **Operação Fora Valencius é desmantelada com ação da Polícia Federal**. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/movimentos-sociais/ocupacao-fora-valencius-e-desmantelada-com-acao-da-policia-federal/17208/. Acesso em: 15 jul. 2018.

FERREIRA, T.; BONTEMPO, V. L. (org.). **Crianças e adolescentes**: o cuidado em saúde mental, o trabalho feito por muitos. Belo Horizonte: CRV, 2012.

FLEURY, S. Revisitando "a questão democrática na área da saúde": quase 30 anos depois. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 156-164, jan./abr. 2009.

GALENDE, E. **Psicoanálisis y salud mental**. Bs. As: Editorial Paidós. 2006.

GERALDO, A.; CORDEIRO, Q. Acabou!!!!! *In*: ABRASME. Crônicas da resistência. **Boletim de Saúde Mental 01.** São Paulo: ABRASME/UNISOL, 2018.

GOFFMAN, E. **Internados**: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu, 1972.

LARANJEIRAS, R. A segunda reforma psiquiátrica. *In*: ABRASME. Crônicas da resistência. **Boletim de Saúde Mental 01**. São Paulo: ABRASME/UNISOL, 2018.

LIMA, N. T.; SANTANA J. P. (org.). **Saúde Coletiva como compromisso**: a trajetória da ABRASCO. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

RODRIGUES, H. de B. C. Michel Foucault no Brasil – esboços de história do presente. **Verve**, 19: 93-112, 2011.

Disponível em: https://revistas.pucsp.br/index.php/verve/article/view/8669. Acesso em: 20 abr. 2018.

RODRIGUES, H. de B. C. **Ensaios sobre Michel Foucault no Brasil**: Presença, efeitos, ressonâncias. Rio de Janeiro: Lamparina, 2016.

VASCONCELOS, E. M. **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. São Paulo: Hucitec, 2010.

VASCONCELOS, E. M. **Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência**: diálogos com o marxismo e o serviço social. Campinas: Papel Social, 2016.

PARTE 3 –

INVESTIMENTO SOCIAL E AUSTERIDADE FISCAL: DESAFIOS

9. RENÚNCIA FISCAL E REGULAÇÃO DO SETOR PRIVADO DE PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE

Sulamis Dain[4]

INTRODUÇÃO

Este capítulo constitui-se do que discutimos sobre o SUS no contexto da relação público-privada em saúde na mesa redonda "Investimento Social e Austeridade Fiscal: desafios para o planejamento e a gestão pública", parte do I Congresso Internacional de Políticas de Saúde da UFFS.

Trata-se de um corajoso evento e uma corajosa iniciativa da Universidade Federal da Fronteira Sul – Campus Chapecó e do CEBES, em momento de extrema gravidade para a vida nacional. Saudações e carinho aos cidadãos de Chapecó, pela bravura e resiliência diante da tragédia que se abateu sobre todos.

Antecedentes e dimensões estruturais da sociedade brasileira

Para articular a trajetória do SUS e da política social com questões estruturais da economia e da sociedade brasileira, tomamos como ponto de partida o artigo em coautoria com o professor Carlos Lessa, intitulado Estado e Capitalismo

---

[4] Doutora em Economia. Livre docente pelo Instituto de Economia da UFRJ. Professora titular da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Coordenadora da área de Assuntos Internacionais da FACAMP, Universidades de Campinas. Foi presidente do instituto de Economistas do Rio de Janeiro, e membro do Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social da Presidência da República e do Conselho Nacional de Saúde. Foi Secretária Executiva da Comissão de Reforma Tributária do executivo à Constituinte de 1988 e Secretária Executiva da Comissão responsável pelo projeto de reforma de Previdência que defendeu a Seguridade Social no mesmo período.

no Brasil. Neste artigo, estudamos a diferença entre a periferia e o subdesenvolvimento latino-americano relativamente às demais periferias. A nosso juízo, ao contrário das demais periferias, existiam aqui estados nacionais capazes de organizar acordos políticos e divisão de áreas com o segmento privado da economia.

No caso do Brasil, o primeiro ponto a observar, da industrialização pesada até o processo de internacionalização, é o estabelecimento de um grande acordo, que reservou uma parte da riqueza brasileira para o capital nacional na forma do capital da engenharia básica dos setores de construção civil, agricultura e financeiro nacional. Esses setores foram sempre protegidos quanto à lucratividade, o que é muito importante para entender que sempre houve aqui um espaço de acumulação e uma reserva, não só de mercado, mas de lucro e de participação na riqueza nacional. Isso forja nossos valores e acentua a desigualdade econômica e social fruto de nosso passado escravocrata mal resolvido. Essa trajetória é importante por delimitar estruturas de poder e a organização institucional do país, circunscrevendo o espaço de liberdade para expressão da democracia brasileira e limitando o processo de configuração de uma sociedade mais igualitária.

Diante de tais restrições, o processo de democratização do Brasil tem sido longo e penoso. Embora tenhamos avançado muitíssimo a partir da Constituição de 1988, consolidando a abertura política, a recuperação dos direitos civis, políticos e, posteriormente, dos direitos materiais e direitos sociais, enfrentamos grande dificuldade em levar esse processo até às últimas consequências. Partimos de uma situação de desigualdade estrutural, desigualdade profunda que não se esgota na desigualdade de renda, mas que está dada pelo patrimonialismo brasileiro. Estamos vivendo as consequências desse processo secular, e é necessário lembrá-lo para identificar o campo de oposição e o campo de resistência aos avanços sociais.

O Austericídio como ideia

Além deste marco estrutural, gostaríamos de considerar a infeliz opção por uma política fiscal recessiva, que, por longos períodos, tem ignorado a importância do papel do Estado no gasto autônomo de recuperação de economias em situação de crises econômicas, em que os gastos sociais são protagonistas centrais. Na verdade, quando se corta o gasto público, em nome da redução do

déficit público, pratica-se o austericídio, uma vez que a consequência imediata é a queda do emprego, da renda e da arrecadação tributária.

Há de se destacar o caráter nefasto da austeridade como inspiração de uma política fiscal recessiva. A austeridade fiscal penaliza os mais pobres, além de associar equivocadamente a crise da dívida ao caráter dito perdulário da política social. Na verdade, o déficit se recompõe, em função da queda da receita, decorrente da redução do nível de atividade, acompanhado de desalento, de desemprego, de adoecimento da população. Qualquer bom economista de qualquer linha de pensamento econômico tem a obrigação profissional de não esquecer estes dados da realidade.

A POLÍTICA SOCIAL: CUSTO OU INVESTIMENTO?

Keynes é a pedra angular na afirmação da importância do gasto autônomo para o dinamismo da economia, mas há outro autor, anterior ao Keynes, Gunnar Myrdal, autor sueco, que, juntamente com Alva Myrdal, escreveu o manifesto do partido socialista sueco, no final da década de 30. Nele, defendeu-se a ideia de que os gastos sociais em saúde, educação e assistência social, longe de serem considerados custos sociais, eram, efetivamente, investimentos sociais (gastos autônomos do Estado) capazes de fomentar o crescimento demográfico, a taxa de crescimento da renda e do produto e de diminuir a desigualdade econômica.

Primeiramente a Suécia, nos anos 40, depois os demais países nórdicos e, mais recentemente, outros países europeus, como a Holanda, recuperaram dinamismo e alcançaram a sustentabilidade nas políticas sociais de longo prazo. Em tais políticas, saúde e educação deixam de ser somente parte de estratégias governamentais conjunturais e passam a ser parte estruturante dos valores igualitários destas sociedades, contrastando com a condição brasileira, historicamente desfavorável ao avanço social.

Outro aspecto a trazermos para o debate é a situação da Europa do imediato pós-guerra. Numa sociedade que emergia de uma situação muito dramática, o conflito e seus agravos sobre a população produziram a diluição de hierarquias e a mobilização da solidariedade. Consequentemente, as políticas sociais passaram a ser mais aceitas por vários partidos, e as ideias de universalização de direitos ocuparam as agendas e as ações concretas dos governos europeus.

Brasil: o público e o privado, o individual e o coletivo

A nefasta combinação do patrimonialismo e do conservadorismo na visão de gastos pautados pela austeridade preserva e promove a hegemonia da privatização do interesse público e a desvalorização da universalidade na configuração das políticas sociais, notadamente saúde e educação. Certamente este viés político-ideológico se manifesta na relação público-privada de políticas de saúde, em que a desigualdade polariza os interesses e expressa a supremacia dos mais favorecidos em benefícios fiscais para o setor privado de saúde e para seus usuários.

Passando ao tema do ajuste, nunca tivemos um momento de bonança social, porque se olharmos o período da Constituição de 1998, o ataque à previdência e à saúde foi imediato. No início dos anos 90, a saúde fazia parte do orçamento da seguridade social com 30% do total dos recursos, ocorrendo imediatamente sua desvinculação, em favor de interesses fiscais.

Tendo aprovado uma Constituição que aliava ao direito individual o direito coletivo, de cidadania, o país assistiu aparvalhado à reforma da previdência do governo Collor. E o conceito do direito ao benefício por tempo de serviço foi prontamente substituído pela ideia do tempo de contribuição, remetendo novamente ao direito individual, baseado em contribuições diretas.

As políticas de ataque sistemático à previdência e à saúde observadas desde 1988 visam revogar o direito de cidadania e explicam o longo período de apropriação dos recursos do orçamento da seguridade social, sacrificados ao ajuste fiscal. Neste longo período, de 1998 a 2015, a saúde sempre tentou ter uma fonte de arrecadação garantida e fugir de sua vinculação ao PIB, de crescimento medíocre nas últimas décadas, em comparação com a evolução da receita tributária. A aprovação, em 2015, da vinculação à receita tributária, foi frustrada pelo avanço do austericídio, que vem comprometendo a arrecadação tributária do governo federal.

Neste contexto, consideramos a Constituição de 1998 como grande conquista decorrente de uma mobilização popular politizada na resistência à ditadura e também de esforços de um legislativo e um executivo renovados na luta pela democracia. A construção do SUS é um belíssimo resultado deste processo, que traz em seu bojo, entretanto, todas as contradições e resistências de grandes interesses privados, empenhados na apropriação da receita pública

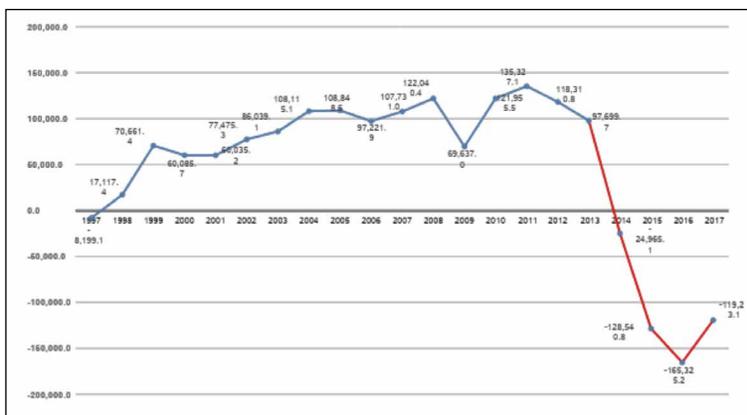
e na garantia de seus espaços de acumulação. Assim se explicam as tentativas recorrentes de barrar o reconhecimento da cidadania dos que não são donos da riqueza, que não são donos do patrimônio, que são explorados vilmente no mercado de trabalho.

Austericídio na prática

A economia brasileira exibiu ao longo de dezesseis anos (1998 a 2013) superávits primários, com o sacrifício dos programas da seguridade social que deveria financiar, o que não impediu o salto da dívida bruta do setor público do patamar de 40% em 1998 para quase 58% do PIB em 2013, acompanhada da elevação de 6% na carga fiscal, também medida em relação ao PIB.

O Brasil apresentou a maior média de superávit primário entre 2007 e 2013 dentre os países superavitários, sugerindo um espaço fiscal de quase 2% do PIB, e ainda assim apresenta taxa Selic próxima aos 14%, transferindo cerca de 10% do PIB aos detentores da dívida pública, que representa menos de 70% PIB. Assim se demonstra a perpetuação dos espaços de garantia de lucros, como explicados anteriormente.

Desde então, como demonstrado no gráfico 1, por obra de política equivocada de ajuste fiscal, observam-se resultados fiscais negativos, com perda do espaço fiscal e mudanças radicais nas perspectivas de ajuste.

Gráfico 1 – Resultado Primário Governo Central – Março 2018

Fonte: STN Resultado Fiscal do Governo Federal (2018).

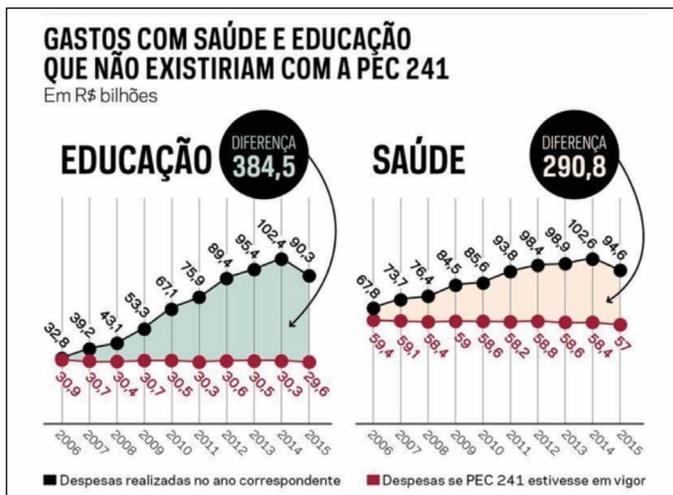
Como se não bastasse, a partir de 2016, entra em vigência a PEC 55 do Senado Federal, que engessa o gasto público por um período de 20 anos. Por conta do disposto nas exceções previstas na PEC 15/2016, conhecida como a PEC do Austericídio, a saúde, até 2017, cumpriu a vinculação vigente, de 15% da receita corrente líquida, e a educação, 18% da receita de impostos. A partir de 2018, as duas áreas a estão submetidas ao mesmo critério de variação da inflação de julho de 2017/junho de 2018, para elaborar a Lei Orçamentária Anual. O mesmo não vale para investimentos, que estão fora da exceção e, portanto, cortados desde 2016.

A argumentação para a adoção de novo regime fiscal, centrada equivocadamente na redução recorrente de gastos primários, não se apoia na evidência empírica, além de não considerar questões essenciais (juros altos, crescimento do PIB e queda da arrecadação) na configuração dos desequilíbrios observados. Em função da expressão de seus orçamentos, a contenção dos gastos de saúde e educação é parte essencial de uma política equivocada de corte de gastos, essencialmente pragmática e focalizada em setores voltados para a universalização de suas ações. Isto explicita também, do ponto de vista político e ideológico, a hegemonia privatista do governo federal.

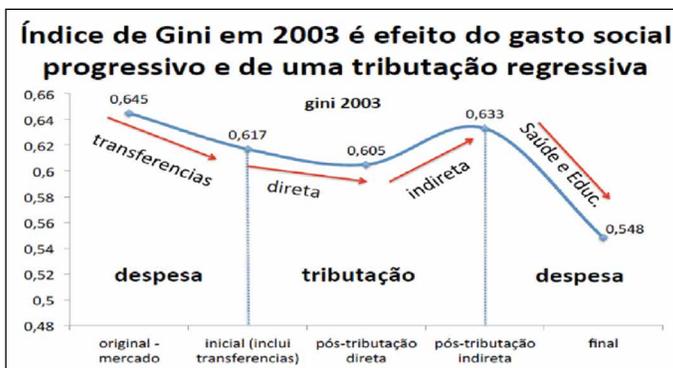
A imposição de teto de gastos, em longo prazo, revoga as atuais vinculações setoriais à receita pública, reduzindo-as a uma evolução que apenas repõe a inflação do ano anterior. No plano da educação, houve queda de 27% dos investimentos entre 2016 e 2017, e a queda em 2017 relativamente a 2014 é de 40%. Em relação a 2007, a queda dos investimentos foi de 27%. No caso da saúde, a queda dos investimentos na mesma década foi de 44%. O gasto em investimento caiu de R$ 2040 bilhões para R$ 954 bilhões, representando 0,0001% do gasto total.

Para termos uma ideia do peso dessas mudanças na prática, o Dieese fez uma simulação para comparar os gastos que efetivamente foram empenhados em saúde e educação nos últimos anos com os montantes que seriam transferidos, caso a PEC 241/55 (Câmara dos Deputados/ Senado Federal) tivesse sido implantada no passado.

No caso da educação, se a PEC estivesse valendo desde 2006, a redução do valor destinado para a área seria de 55%, no período. Já em relação às despesas com saúde, a redução seria de 33%. Em relação ao montante de recursos, a perda na educação, entre 2006 e 2015, teria sido de 384 bilhões de reais; na saúde, de 290 bilhões. Esse valor corresponde a quase 120 vezes o custo do Programa Mais Médicos.

Gráfico 2 – Comparação dos gastos com saúde e educação

Fonte: Orçamento Brasil e IBGE. Elaboração: Dieese.

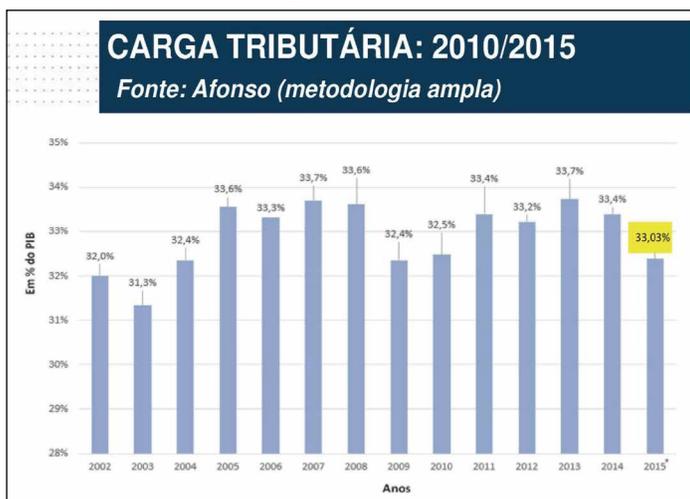
O gráfico 3 mostra o impacto positivo do gasto social sobre a redução da desigualdade no Brasil. Quando acompanhamos o impacto das ações de gasto sobre a redução da desigualdade, fica fácil constatarmos que o pagamento de benefícios sociais tem impacto positivo. O contrário ocorre com a tributação, que, por sua composição, tem impacto negativo, mas a ação dos gastos sociais tem impacto radicalmente favorável. E, no entanto, são estes os gastos que sistematicamente são levados à tábua de corte.

Gráfico 3 – Impacto do gasto social sobre a redução da desigualdade no Brasil

Fonte: IBGE/POF – SILVEIRA, F. G. (2011).

O gasto público total com Ações e Serviços Públicos de Saúde (SPS), incluindo as três esferas de governo, passou de 3,13% do PIB em 2002 para 4,17% do PIB em 2014, culminando no maior ponto da série em análise.

As projeções do gasto com ASPS obtidas para o período 2015/2020 apresentam uma previsão de quebra nesta tendência de crescimento em curto prazo (2015/2017). Mesmo tomando a hipótese mais favorável para o crescimento do gasto (que considera o percentual médio de destinação da receita própria para a saúde dos últimos dez anos em estados e municípios), é possível notar uma quase estabilidade do gasto em % do PIB no biênio 2015/2016 e uma queda em termos per capita.

A carga tributária em 2015 (Gráfico 4) já apresenta queda relativamente ao crescimento observado no período anterior, apontando para o equívoco da política fiscal adotada. A queda se mantém nos anos subsequentes. Em meio a uma recessão, o governo decide fazer uma política absolutamente irresponsável no meu ponto de vista, mas coerente com o seu viés político ideológico, para segurar o mercado.

Gráfico 4 – Carga tributária 2010/2015 Brasil

Fonte: AFONSO (2015).

Ao contrário do que determina a visão liberal, neste período se intensificou a ação do estado na garantia dos lucros do setor privado, tendo como instrumento a utilização da renúncia de arrecadação. Esta queda da carga tributária

teria reflexos negativos para o setor privado, de longa data beneficiado por renúncias de arrecadação? Não, pois, apesar da redução observada na carga tributária, programas que oferecem subsídios financeiros e desonerações tributárias para o setor produtivo foram preservados das medidas de controle de gasto preconizadas pelo atual governo para o ajuste fiscal e devem custar aos cofres públicos cerca de R$ 224 bilhões ou 3,4% do PIB em 2017, mantendo assim o patamar de renúncia vigente.

O custo previsto para os principais programas de apoio ao setor produtivo inclui benefícios para pequenas empresas, desonerações da folha de pagamento e empréstimos do Tesouro para o BNDES e equivale a mais de sete vezes o valor destinado no próximo ano para o Bolsa Família (R$ 29,7 bilhões) e supera os investimentos previstos em saúde (R$ 94,9 bilhões) e educação (R$ 33,7 bilhões), sem considerar o gasto com pessoal nessas áreas. A estes valores se somam cerca de R$ 10,5 bi de renúncia de IRPF e IRPJ, referentes a benefícios tributários para o segmento de planos e seguros de saúde privados, igualmente mantidos.

Esses programas evidenciam o apoio bilionário ao setor produtivo, sem exigência de contrapartida, como uma das origens do descontrole nas contas públicas. Em meio ao desajuste fiscal autoinfligido e dado o viés político ideológico a favor do setor privado, a possibilidade de remanejamento de recursos para áreas como saúde e educação não tem qualquer viabilidade.

Renúncia de arrecadação e saúde suplementar

O setor de saúde suplementar também é beneficiado pela renúncia de arrecadação como um setor não subsidiário ou complementar e sim competitivo com o segmento público de saúde. Para mitigar esta competição, seria necessário explorar o campo da regulação dos estabelecimentos e empresas de planos e seguros privados de saúde e a atual ausência de condicionalidades à concessão de renúncia de arrecadação ao setor.

Urge também ampliar o conhecimento e a sistematização dos diversos subsistemas da Saúde Suplementar, associação à legislação tributária, bem como aprofundar as informações sobre renúncia fiscal como elementos decisivos para a ampliação da capacidade regulatória do setor. Finalmente, tudo depende também do desenvolvimento da capacidade de integração do manejo público e privado de recursos governamentais, para fins de regulação.

Toda a prática atual de renúncia de arrecadação está voltada para tornar invisível um gasto público em favor do setor priva ado, no qual o segmento de saúde suplementar opera. A relação da renúncia fiscal em saúde com as demais renúncias hoje praticadas pela política fiscal brasileira, bem como seu impacto sobre o gasto fiscal como um todo tem sido pouco estudada. Destaca-se a respeito Ocké-Reis (2013a), em estudo centrado sobre a renúncia no Imposto de Renda.

Da mesma forma, estudos anteriores sobre equidade e justiça distributiva, como os de Piola *et al.* (2010) e Dain *et al.* (2002), precisavam ser atualizados e aprofundados, de modo a ampliar a percepção dos impactos desta política seletiva sobre o gasto das famílias a partir dos orçamentos familiares e outras formas de mensuração da equidade nos gastos de saúde das famílias. O amplo conjunto de deduções e isenções fiscais e os repasses de recursos públicos ao segmento privado de saúde contemplam incentivos à demanda e oferta de serviços de saúde na prestação direta de serviços ou naquela intermediada por empresas de planos e seguros de saúde, configurando significativo espaço para o exercício da regulação da saúde suplementar.

De acordo com Diniz e Afonso (2014), o total de gastos tributários e de renúncias previdenciárias do governo federal cresceu em aproximadamente 1,12% do PIB entre 2011 e 2014. Tendo em vista a importância da saúde dentro da renúncia fiscal da União, uma análise mais detalhada do tema foi empreendida, voltada agora especificamente para o IRPF. No conjunto, as despesas médicas na DIRPF são a principal fonte de renúncia tributária do governo central na área da saúde, tendo superado a casa dos R$ 10 bilhões em 2014. A pesquisa mostrou que os planos de saúde lideram as despesas médicas na DIRPF e apresentaram o maior crescimento médio anual entre 2008 e 2014 (9,8%). Com efeito, em 2014 (ano-calendário 2013), os gastos com planos de saúde aparecem em primeiro lugar no *ranking* de pagamentos e doações, superando os gastos com instrução (educação) e representando aproximadamente 22% de todos os pagamentos e doações daquele ano.

No total de pagamentos e doações na DIRPF, as deduções decorrentes exclusivamente dos planos de saúde apresentaram crescimento frente ao total de deduções com saúde e frente ao total de pagamento de doações. Ou seja, além de representar mais de 1/5 (um quinto) das deduções, apresentaram comportamento expansivo. A observação das deduções da DIRPF – que não deve ser confundida com a renúncia – também se tornou relevante nesta análise por permitir fazer uma estimativa de quanto seria o gasto tributário exclusivamente oriundo dos planos de saúde. Para

o ano de 2014, por exemplo, quase 69% das deduções de saúde na DIRPF foram oriundas dos planos de saúde – percentual este que aplicado aos R$ 10,5 bilhões de gasto tributário com despesas médicas gera uma estimativa de R$ 7,19 bilhões de gasto tributário exclusivamente com planos de saúde.

A análise tratou também de vários aspectos do gasto público direto e indireto em saúde, buscando sua qualificação do ponto de vista da equidade. Neste, evidencia-se que o estudo da política de saúde, com ênfase na relação público privada pode se beneficiar da análise da equidade dos gastos tributários, com base na POF e na Pnad. Buscou-se medir o acesso e uso de serviços de saúde, bem como apresentar informações sobre a distribuição da renúncia de arrecadação em saúde por classe de rendimento, visando à avaliação cruzada da equidade do sistema. Isto porque estudos recentes mostram que a redução da desigualdade entre os estratos de renda se deve aos gastos sociais e não ao seu financiamento, uma vez que a incidência tributária e a renúncia de arrecadação são regressivas para integrar dados de incidência e renúncia associados à POF. Aos dados de gasto em saúde, buscou-se, de acordo com Silveira (2013), empregar método simples de imputação dos gastos em saúde apurados via Pnad na POF.

O estudo "Regime Fiscal dos Estabelecimentos e Empresas de Planos e Seguros Privados de Saúde", publicado pela ANS, Fiocruz e Opas (2015), atualizou dados de renúncia fiscal relativa à saúde e sua comparação com a renúncia fiscal da seguridade social. A inclusão de evidências sobre equidade cruzada dos gastos, incidências tributárias e renúncias no campo da saúde pública e privada propiciou a inclusão da dimensão da desigualdade – usualmente pouco enfatizada ou conhecida – como elemento de decisão de alocação de recursos públicos, levando-se em conta o sistema de saúde como um todo, no contexto das relações público-privadas.

Ao combinar o dimensionamento do gasto tributário sobre o gasto das famílias com saúde e a distribuição dos benefícios do gasto universal em saúde, ou seja, ao associar estimativas de renúncia de arrecadação em saúde referentes ao IRPF nos orçamentos familiares e gastos universais de saúde nos mesmos orçamentos, o trabalho aprofundou a análise da equidade, relacionando os recursos gastos direta e indiretamente no financiamento setorial, diferenciados por estratos de renda, com a renda disponível das famílias.

Em termos das bases de informação utilizadas – Pesquisa de Orçamentos familiares (POF) e Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (Pnad), do

IBGE –, o estudo procurou medir o acesso e uso de serviços de saúde. E também apresentar informações sobre a distribuição da renúncia de arrecadação em saúde por classe de rendimento, visando à avaliação cruzada da equidade do sistema. Este é um aspecto relevante a acrescentar aos estudos tradicionais de renúncia, por associar o gasto em saúde com ganhos de equidade, evidenciando o impacto social deste gasto público indireto.

Também foram apresentadas evidências sobre a equidade cruzada dos gastos, incidências tributárias e renúncias no campo da saúde pública e privada, contribuindo para agregar a dimensão da desigualdade como elemento de decisão no campo regulatório da saúde. Com o maior conhecimento adquirido sobre a magnitude dos quantitativos de gasto tributário e de sua distribuição nos vários subsetores do segmento, a pesquisa pretendeu contribuir ao aperfeiçoamento da atividade regulatória no campo da política de saúde, através da maior capacidade de integração do manejo público e privado de recursos governamentais.

RESULTADOS

A partir da análise inicial do setor de saúde suplementar, pôde-se obter sua participação dentro do setor de seguros no que diz respeito à receita gerada por tais serviços. Este indicador serviu de *proxy* para estimativa da arrecadação tributária apresentada. Em 2014, estimou-se que a saúde suplementar tenha recolhido aproximadamente R$ 10,4 bilhões aos cofres federais em impostos e contribuições. Entre 2008 e 2014, essa arrecadação cresceu 48,3%, o que representa um crescimento médio anual de 6,8% – resultado um pouco abaixo do crescimento médio anual da receita do setor entre 2009 e 2014, que foi de 7,7%.

A análise com dados consolidados e focada no período de recuperação econômica pós-crise de 2008/2009 mostrou que o comportamento da tributação do setor de saúde suplementar apresentou um comportamento diferenciado da média. Enquanto ocorreu uma clara (e suave) expansão da tributação sobre a média das atividades econômicas, isso não é verificado no caso da saúde suplementar, que permaneceu estagnada. Esse resultado é um indício de que a atividade de planos de saúde pode estar arrecadando relativamente menos, de acordo com a média dos demais setores da economia.

No estudo realizado, observamos o comportamento setorial através dos gastos tributários, e a hipótese é de que a arrecadação possa estar relativamente menor devido a um aumento da renúncia fiscal no setor de saúde suplementar. Nesse sentido, a análise realizada buscou identificar os gastos tributários federais com a saúde e estimar o custo de renúncia fiscal com os planos de saúde.

Em geral, quem consegue benefícios tributários são grupos de alto poder aquisitivo e atividades econômicas forte, que possuem poder de influência sobre as decisões de governo. A partir de dados da RFB sobre gasto tributário classificado por função do setor público, é possível notar que quase metade da renúncia fiscal do governo federal diretamente relacionada à saúde é oriunda das deduções por despesas médicas no IRPF, que, tipicamente, é maior em famílias com maior poder aquisitivo. Para que se tenha uma ideia dessa relação, tomando por base a DIRPF 2014 (ano-calendário 2013), 60% do volume de dedução por despesa médica foi realizado por indivíduos que recebiam mais de dez salários mínimos. Este grupo de indivíduos, no entanto, representou apenas 21,7% dos declarantes daquele ano. As despesas médicas do IRPF não apenas se destacaram como a maior rubrica dentre as modalidades de renúncia deste imposto, como também apresentaram a maior taxa de crescimento: de 2006 a 2014 houve um aumento real acumulado de mais de 200%, representando um crescimento médio anual de 15,1%.

A segunda modalidade que mais cresceu no mesmo período também está relacionada ao IR, mas desta vez com as pessoas jurídicas. Trata-se das despesas com assistência médica, odontológica e farmacêutica fornecida aos funcionários das empresas. Esta rubrica cresceu, em média, 6,3% ao ano e representa aproximadamente 19% do total dos gastos tributários em saúde.

Em relação ao resultado tributário líquido do setor de saúde suplementar, utilizando-se o ano de 2014 como exemplo, conclui-se que, na média, os planos de saúde pagaram ao setor público (não apenas ao governo federal) aproximadamente 1,76% de sua receita total e 2,05% de sua receita com operações de assistência à saúde. Três segmentos – que detêm aproximadamente 80% da receita do mercado – apresentam uma "carga" de tributos inferiores à média: cooperativa médica, medicina de grupo e seguradora especializada em saúde. O segmento filantropia aparece com a maior tributação relacionada exclusivamente às receitas com operações de assistência à saúde, enquanto as cooperativas odontológicas têm a maior tributação com relação à receita total.

A maior parte do peso dos tributos sobre os planos de saúde é decorrente dos encargos sociais, especialmente previdência social e FGTS. Apenas em dois segmentos não se enquadram nesta característica: autogestão e seguradora especializada em saúde. Considerando todo o setor de saúde suplementar, os encargos sociais respondem por 65% de sua carga tributária. Os impostos têm participação de 21% e as contribuições, 7,5%. No caso do segmento autogestão, os impostos (federais, primordialmente) têm um peso bem mais relevante (56,8% do total), sendo o restante praticamente todo destinado aos encargos sociais.

Já no segmento seguradora especializada em saúde, apesar de os encargos sociais ainda responderem pela maior parte da tributação, as contribuições também possuem alto peso (42,5% do total), devido à elevada arrecadação de PIS/Pasep. Em compensação, a arrecadação de impostos é muito baixa. O relativo baixo peso dos tributos observados a partir das informações contábeis das operadoras de planos de saúde nos induz a acreditar que há uma relação direta deste fato com as renúncias fiscais promovidas pelo setor público, especialmente pela União.

Uma carga de tributos de aproximadamente 2% da receita chama muito a atenção. Os resultados obtidos permitem apontar os segmentos que aparentam ter o maior volume de benefícios fiscais, que são justamente aqueles três segmentos que dominam o mercado de saúde suplementar e têm um ônus tributário inferior à média do setor: cooperativa médica, medicina de grupo e seguradora especializada em saúde.

Fazendo uma extrapolação linear da série de gasto tributário de plano de saúde para os subsetores abaixo da tributação média, Ocké-Reis (2013b) chegou uma renúncia de aproximadamente R$ 9,45 bilhões em 2014, que seria distribuído na proporção de: 1,36% para cooperativa médica; 16,47% para medicina de grupo; 80,59% para seguradora especializada em saúde; 1,59% para o grupo não identificados.

O estudo aporta evidências suficientes para embasar o fortalecimento da atividade regulatória relativamente aos segmentos do sistema de saúde suplementar mais beneficiados pela atual política tributária brasileira. Esse fortalecimento buscaria ampliar as ações de reciprocidade ou de contrapartidas por parte destes segmentos, permitindo a maior integração entre as políticas do setor público e do setor privado de saúde no Brasil.

Neste capítulo, optamos por assinalar as contradições entre a inspiração na universalização do direito à saúde, com a legislação que ampara a normatização

de alívio fiscal para estabelecimentos e empresas que comercializam serviços e planos de saúde e a apropriação privada desses recursos. As consequências são mais dramáticas, se considerarmos o quadro geral de redução acentuada de gastos sociais.

Os dados apontam para a necessidade de avaliação técnico-científico das "externalidades positivas" da eliminação, redução ou focalização dos subsídios, desde que tais recursos sejam aplicados na atenção primária (PSF, promoção e prevenção à saúde etc.) e na média complexidade (unidades de pronto atendimento, prática clínica com profissionais especializados e recursos tecnológicos de apoios diagnóstico e terapêutico etc.) do SUS.

Para fortalecer o SUS e reorientar o modelo de atenção, o Ministério da Saúde deveria dispor-se a regular e a avaliar o gasto tributário em saúde. Atualmente, o subsídio concedido pelo governo não influencia a calibragem do reajuste dos planos de saúde individuais praticado pela ANS – a exemplo da Anvisa – que controla e monitora o preço dos medicamentos, a partir da desoneração destinada à indústria farmacêutica.

Como financiar o SUS? Alternativas de tributação e espaço fiscal

O Brasil é um dos países em desenvolvimento que tem uma das mais altas cargas tributárias do mundo, por volta de 33% do produto interno bruto (PIB), próxima da média dos países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), mas muito inferior à carga dos países da União Europeia. Diferentemente do que ocorre nas economias desenvolvidas, entretanto, a carga brasileira é concentrada em tributos indiretos e regressivos. Tendo sido um dos primeiros países do mundo a adotar a tributação sobre valor adicionado nos anos 60, desde os anos 90, o país instituiu contribuições sociais sobre o faturamento, centralizadas no governo federal. Tais contribuições, incidentes em cascata, afetam mais pesadamente o consumo dos grupos de menor renda.

Tanto por razões federativas como por seus efeitos regressivos, o campo das contribuições sociais deve ser revisto e integrado à tributação sobre o valor adicionado, a ser partilhado de forma federativa. A tributação sobre patrimônio é inexpressiva e fragmentada, sendo necessária a criação de um imposto federal sobre o patrimônio, em nível federal, para organizar as tributações parciais existentes.

O país peca, desde meados dos anos 90, pela não tributação dos dividendos distribuídos a acionistas de empresas, totalmente isentos de Imposto de Renda de Pessoa Física (IRPF), desde então. Há também a possibilidade de dedução de despesas financeiras sobre o capital próprio para a pessoa jurídica. Tais ausências de aproveitamento das oportunidades de tributação da pessoa física e jurídica se filiam ao ideário conservador de valorização da poupança e de preservação do espaço de valorização do capital.

No campo da tributação da pessoa física, as deduções e formas de registro de rendimento criam ambiguidades e brechas tributárias, fazendo com que pequeno montante do imposto de renda incida sobre os rendimentos do setor privado. Sugestões de elevação de alíquotas nominais, em nome da progressividade, devem, aqui, ser vistas com cautela, uma vez que afetariam principalmente os servidores públicos de maiores ingressos, ressalvadas as renúncias de arrecadação. Neste campo minado, surgem propostas possíveis, de preferência oportunizadas por mudanças políticas e novas eleições. Desde logo, seria desejável caminhar para a integração da tributação de patrimônio e regulamentação do IGF. A tributação dos dividendos se impõe.

Do ponto de vista federativo, a adoção da legislação única do IVA é absolutamente necessária, como também a combinação de contribuições sociais e tributos na mesma base. O espaço federativo deve ser mantido ou ampliado, sem revogar o papel do governo central na redistribuição de renda. Caso se concretize uma revisão tributária, a revisão da renúncia da arrecadação é obrigatória, tanto para revogar o atual desperdício de recursos, sacrificados a uma pseudodinamização da indústria, como para não acirrar a concorrência e priorizar o setor privado, nas relações público-privadas em saúde. Não existem alternativas fáceis na trajetória indicada, num país sob a égide da soberania do mercado, em que o patrimonialismo atávico segue intocado e políticas de reiteração dos direitos de cidadania são mal vistas. Nas palavras de Thomas Piketty:

> É verdade que, no caso do Brasil, há muita dificuldade para se ter dados sobre a renda. Uma lição disso é que o imposto é também um instrumento de transparência democrática. Quando você não tem mais imposto progressivo ou mal administrado, perde a fonte de informação e limita a capacidade da sociedade de conhecer a si mesma. E isso alimenta os fantasmas. Conhecer bem os altos rendimentos ou patrimônios não é para cortar cabeças, mas sim para tentar

> soluções pacíficas, racionais. Porque, no fundo, mesmo nos países mais desiguais, não é suficiente taxar mais os altos patrimônios, fazer os ricos pagarem, para resolver o problema (PIKETTY, 2014).

Por todos os argumentos aqui apresentados, não acreditamos que seja possível, hoje, sair dessa esparrela sem uma grande mobilização popular e o esclarecimento contínuo da população sobre as mentiras divulgadas pelo governo e pela mídia. Entre elas, questões como acabar com o déficit, minimizar o gasto com servidores públicos, reforma da previdência, são apresentadas sem debate ou noção das implicações de cada decisão. Tenho fé em afirmar que cabe às universidades, no seu não conformismo, ao CEBES, a Abrasco, no seu trabalho absolutamente essencial e decisivo, liderar campanhas de esclarecimento, na garantia dos direitos sociais que já conquistamos e dos que estão por vir.

Nós todos que trabalhamos na saúde, que amamos o Brasil e o SUS, temos a obrigação de contribuir para uma agenda alternativa. O que salvou a Europa da aniquilação final do sistema de proteção social foi que o sistema de proteção virou uma espécie de partido político da seguridade social, com sua agenda própria, suprapartidária, aceita e defendida pela imensa maioria da população.

Um país melhor é possível! A Universalização da Saúde é possível, desde que possamos nos livrar desta doença autoimune: o ajuste fiscal. E que sigamos denunciando as manipulações de dados que direcionam a população para acreditar na inevitabilidade das reformas em favor dos mais ricos, do setor privado em geral e do setor financeiro em particular.

Viva o SUS!

REFERÊNCIAS

DAIN, S. I. *et al.* Renúncia Fiscal e Assistência Médica Suplementar. *In*: BAHIA, L.; VIANNA, A. L. (org.) **Regulação e Saúde, Estrutura, Evolução e Perspectivas da Assistência Médica Suplementar**, Rio de Janeiro, ANS/ Ministério da Saúde, v.1, p. 218-238, Rio de Janeiro, 2002.

DAIN, S. I. **Regime Fiscal dos Estabelecimentos e Empresas de Planos e Seguros Privados de Saúde**. Relatório Final, ANS, Fiocruz, OPAS, Rio de Janeiro, 2015.

DINIZ, E.; AFONSO, J. R. R. **Benefícios Fiscais Concedidos (e Mensurados) pelo**

Governo Federal. Texto para Discussão, Rio de Janeiro, IBRE /FGV, 2014, 25 p.

PIOLA, S. F. *et al.* Gasto Tributário e Conflito Distributivo em Saúde. *In*: CASTRO, J. A.; SANTOS, C. H.; RIBEIRO, J. A. C. **Tributação e Equidade no Brasil:** um registro da reflexão do Ipea no biênico 2008-2009, Brasília, Ipea, 2010, p. 351-374.

SILVEIRA, F. G. *et al.* **Fiscal Equity**: Distributional Impact of Taxation and Social Spending in Brazil, International Police Center for Inclusive Growth, Brasília for, 2013.

OCKÉ-REIS, O. **Renúncia Fiscal em Saúde**: a experiência institucional de Austrália. Texto para discussão. Brasil, Canadá, Estados Unidos, Rio de Janeiro, Ipea, 2013a.

OCKÉ-REIS, **O. Mensuração dos Gastos Tributários. Nota Técnica n. 5**, Rio de Janeiro, Ipea, 2013b.

10. ESTRATÉGIAS RECENTES DO SETOR PRIVADO SOBRE A PROTEÇÃO SOCIAL BRASILEIRA

Isabela Soares Santos[1]

INTRODUÇÃO

As importantes melhorias nas condições de saúde e de vida da população brasileira não se deram por acaso, mas pela implementação e ampliação de uma proteção social brasileira de caráter universal. Ao mesmo tempo, ainda há muito o que fazer nos sistemas públicos que conformam nossa Seguridade Social. A grande maioria da população brasileira deseja saúde pública e de qualidade para todos os brasileiros, mas isso só é possível com um sistema público universal forte e de qualidade para todos, que esteja atrelado às demais políticas sociais de caráter universal.

Entretanto, o setor privado de saúde influencia o Estado brasileiro no boicote ao SUS há décadas, desde a sua criação. Mais recentemente, as formulações e proposições têm por objetivo desmontar o que foi construído ao longo de mais de 30 anos e, ao mesmo tempo, transformar o SUS numa estratégia para sustentar os representantes do setor privado.

As políticas de austeridade fiscal sobre as políticas sociais e propostas como a cobertura universal de saúde, os planos de saúde populares ou acessíveis e a

[1] Doutora em Saúde Pública. Pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública (DAPS/ENSP/FIOCRUZ). Participante do Conselho Consultivo do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES).

focalização configuram diferentes estratégias de um mesmo projeto que avança sobre a proteção social e os direitos sociais de caráter universal.

Este capítulo mostra que as políticas de austeridade fiscal fazem parte de uma estratégia do projeto neoliberal e incidem negativamente nas condições de saúde e de vida da população, aprofundam as desigualdades existentes, atravancam a saída dos países das crises econômicas e obstruem a possibilidade de sustentabilidade do crescimento das suas economias.

Também são apresentados outros caminhos e projetos de sociedade possíveis para termos um Brasil com economia sustentável, forte e de forma duradoura. Para isso será preciso grandes investimentos nas políticas sociais, mas não só. Será necessária a ação do Estado no sentido de tornar realidade os direitos sociais. No caso do SUS, converter em real o SUS que é constitucional.

AVANÇOS DA POLÍTICA SOCIAL DE CARÁTER UNIVERSAL NA PROTEÇÃO SOCIAL BRASILEIRA

Há alguns anos, o Brasil está, cada vez mais, numa grave e profunda crise econômica, política, social e de valores/ideias. E é nesse contexto que aumenta a pressão para diminuir a importância do que é de interesse público, numa de suas mais fortes traduções: o investimento público na seguridade social.

O investimento público na seguridade social foi uma importante conquista da sociedade brasileira na Constituição Federal de 1988. Entretanto, estão em vigor duas medidas que inviabilizam seu financiamento e sustentabilidade, se considerarmos a seguridade social tal qual prevista constitucionalmente.

Uma das medidas é a Desvinculação da Receita da União (DRU), que teve o aumento de 20 para 30% da desvinculação, ao mesmo tempo em que foi instituída a Desvinculação das Receitas dos Estados e dos Municípios. A outra medida é a Emenda Constitucional n.º 95, conhecida como a EC do teto dos gastos, aprovada em dezembro de 2016.

Em que pesem essas duas medidas e suas possíveis consequências, em novembro de 2017, foi publicado o Relatório do Banco Mundial (WORLD BANK, 2017). Atendendo à demanda do próprio governo federal brasileiro, analisou o gasto público do país e recomendou pela diminuição do financiamento público, pelo aumento da participação do financiamento privado nos direitos sociais de

caráter universal (saúde, educação, etc.) e por facilitações do Estado ao setor privado aqui em nossas terras.

Neste capítulo, apresentaremos que se, por um lado, o Brasil parece caminhar para uma situação sem saída e que ruma ao abismo, por outro lado, nos últimos anos, foram desenvolvidos diversos estudos científicos que podem apresentar pistas de alternativa de caminhos a serem construídos e trilhados. Esses estudos revelam a importância das políticas sociais, tanto pelos valores humanitários que as caracterizam, como para sua própria sustentabilidade e para o desenvolvimento econômico dos países. Mostram que as políticas sociais de caráter universal melhoram os indicadores de saúde, educação e condições de vida, extremamente importantes para o país – não só pela sua reconfiguração no cenário internacional, mas por seu desenvolvimento econômico.

Para que esses resultados pudessem ser vistos foi necessária, contudo, a implantação de direitos sociais de caráter universal. Os direitos sociais também são conhecidos como direitos de cidadania, ou seja, que se aplicam para todos os cidadãos. Partem da premissa do reconhecimento, pelo Estado, de que para haver maior igualdade social é preciso que uma série de necessidades básicas dos cidadãos seja atendida mediante políticas públicas, com importante papel para as políticas sociais.

No caso brasileiro, podemos ver os efeitos da política social de caráter universal na proteção social desde a promulgação da Constituição Cidadã de 1988, quando observadas as últimas três décadas. Desde então – e até 2015, pelo menos – tivemos enorme melhora, destacando-se: diminuição da população que vivia na pobreza e na miséria; importante aumento da escolaridade média do brasileiro (medida em anos de estudo) e diminuição do analfabetismo; aumento da expectativa de vida; aumento do número de idosos e da população em idade ativa, com diminuição da fecundidade, configurando a transição demográfica brasileira. Também foi verificada queda nos indicadores de Taxa de Mortalidade Materna, Taxa de Desnutrição Infantil e Taxa de Mortalidade Infantil.

Especificamente no campo da atenção à saúde, o SUS passou a existir a partir do estabelecimento do direito universal à saúde na Constituição Federal de 1988 e, desde então, ocorreu não só a ampliação do direito à saúde para todos os cidadãos, mas uma impressionante mudança no que o sistema de saúde passou a fazer, observando-se nos últimos 30 anos: expansão da oferta da Atenção Primária de Saúde (APS); diminuição da ocorrência de doenças infectocontagiosas; aumento

da prevenção e do controle do HIV/Aids. Da mesma forma, entre as realizações do SUS, destacam-se o atendimento à urgência e emergência, a realização de transplantes, desde os de rim e córnea, que são mais simples e baratos, até o de fígado, extremamente custoso e complexo. Esses avanços para o país ilustram parte do que foi feito a partir da proteção social construída ao longo das três décadas desde a promulgação da Constituição com o capítulo da Ordem Social e influenciaram as condições de saúde e de vida da população brasileira.

INVESTIMENTO EM POLÍTICAS SOCIAIS E MULTIPLICADOR FISCAL

As importantes melhorias nas condições de saúde e de vida da população brasileira não se deram por acaso, mas pela implementação e ampliação de uma proteção social brasileira de caráter universal, como veremos a seguir.

A defesa do investimento nas políticas de proteção social é feita por diferentes escolas da economia e da ciência política. O ex-presidente do Banco Mundial Joseph Stiglitz, anos depois de ter saído do cargo, passou a defender apenas quando o governo gasta mais e investe na economia que a criação de empregos se multiplica e as finanças públicas se fortalecem. A partir dessa lógica, ele defende que os governos precisam investir em gastos sociais, recursos humanos, tecnologia e infraestrutura, transporte e comunicação para ativar a economia. Argumenta que esse tipo de gasto é investimento, que gera resultados que são melhores não só para a sociedade, mas também para a economia (STIGLITZ, 2017, *apud* SANTOS e VIEIRA, 2018).

No caso brasileiro especificamente, Silveira e Ferreira (2011, *apud* VIERA *et al.*, 2018) mostraram a importância dos gastos sociais para contrabalancear a iniquidade do sistema tributário brasileiro, a partir das bases de dados da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF/IBGE) e da Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar (PNAD/IBGE) de 2002-3 e 2008-9.

Estes autores estudaram a renda disponível após diferentes benefícios que classificaram como “despesa monetária” (Programa Bolsa Família, Benefício de Prestação Continuada, aposentadorias e pensões, seguro desemprego, auxílios trabalhistas e pensões) e despesa “em espécie” (educação e saúde). Ao avaliarem a renda disponível após a tributação e os benefícios selecionados, verificaram

aumento da renda dos mais pobres após o recebimento dos benefícios, tanto em despesas monetárias como com despesas em espécie. A partir dos resultados obtidos, concluíram que a regressividade do sistema tributário brasileiro sobre os mais pobres é "contrabalanceada pela progressividade nos gastos sociais que tem esses mesmos extratos como principais receptores".

O estudo de Reeves *et al.* (2014) sobre a política econômica em 27 países da União Europeia, no período de 1995 a 2011, realizou uma análise multivariada dos determinantes políticos, econômicos e do sistema de saúde sobre as mudanças nos gastos com saúde ocorridas naqueles países.

A análise foi feita a partir do cálculo de um indicador conhecido como "multiplicador fiscal", que foi proposto na década de 1930 e que, desde então, é bastante utilizado pela escola *keynesiana* para mensurar investimentos que deveriam ser feitos como estratégia de enfrentamento da crise de 1929. O multiplicador fiscal mostra o montante de recursos que se obtém de retorno ao Produto Interno Bruto (PIB) dos países após diferentes gastos públicos. O resultado de Reeves *et al.* (2014) mostrou que os melhores índices multiplicadores vêm das despesas com educação e saúde, ao passo que os piores provêm dos gastos com defesa. Ou seja, gastar com educação e saúde constitui um investimento que o Estado faz, uma vez que aumenta o PIB, quando gastar com defesa não.

Para verificar se esse tipo de abordagem faria sentido no caso brasileiro, identificamos dois estudos que mostram os cálculos dos multiplicadores fiscais no Brasil, realizados por pesquisadores do IPEA, também mostrados em Santos e Vieira (2018).

Um deles é o de Abrahão *et al.* (2011), que calcularam em 1,70 o multiplicador do PIB para o gasto com saúde, isto é, a cada R$ 1,00 de gasto com saúde obtém-se aumento de R$ 1,70 do PIB. Neste estudo, o multiplicador do PIB também foi calculado para o gasto com educação (1,85), com o Programa Bolsa Família (1,44), com o Benefício de Prestação Continuada (1,38) e com o Regime Geral de Previdência Social (1,23), resultando em efeito positivo para a economia, ao contrário das despesas com pagamento dos juros da dívida pública (0,71).

O outro estudo (ORAIR *et al.*, 2016) é mais recente e reforça os do anterior, de quais gastos do Estado geram retorno para o PIB. Segundo os autores, os multiplicadores fiscais associados aos investimentos, benefícios sociais e despesas com pessoal durante as recessões são importantes para o aumento do PIB e correspondem a 1,68, 1,51 e 1,33, respectivamente. Ao contrário das despesas

com subsídios (0,60), ou seja, o gasto indireto que o Estado realiza ao deixar de receber tributos gera perda do PIB.

Além dos multiplicadores fiscais, os estudos que observaram os efeitos dos investimentos na sociedade trouxeram conclusões inovadoras se comparadas à prática mais comum de enfrentamento de crise econômica que os governos costumam fazer. O estudo de Stuckler e Basu (2014) sobre os gastos com saúde após a crise econômica de 2008 mostrou que, no caso da Islândia, o qual aumentou os gastos com políticas de proteção social e com o suporte de proteção aos pobres, não houve perda no acesso aos serviços de saúde e se obteve aumento das horas de sono, diminuição da ingestão de *fast food,* com aumento do consumo de peixe. E ainda ocorreu a entrada do país para o World Happiness Report (2016), pelos indicadores de felicidade, os quais guardam grande relação com a proteção social. Em 2015, ainda se via depoimento do presidente da Islândia atribuindo a recuperação do país à recusa de aplicar a política de austeridade fiscal (Jornal El País, 2015).

No caso de Portugal, cuja economia foi duramente afetada pela crise econômica de 2008, o governo de centro-direita estava aplicando severa política de austeridade fiscal até 2015. Neste ano, o país mudou o rumo da política de austeridade com o acordo que ficou conhecido como Geringonça, entre o Bloco de Esquerda, o Partido Comunista Português e o Partido Ecologista Os Verdes. A união para o enfrentamento da austeridade, identificada como ponto comum entre esses grupos, permitiu a obtenção de maioria no parlamento, que levou à derrubada do governo de centro-direita.

A partir do Geringonça, Portugal tem rejeitado as políticas de austeridade fiscal e investido nas políticas sociais, sendo que, desde 2017, já é possível observar importantes resultados de recuperação da economia portuguesa.

Ainda no primeiro semestre de 2018, a Espanha teve a substituição do primeiro-ministro conservador pelo secretário geral do Partido Socialista Operário Espanhol, que, para tanto, precisou da união de apoios de diferentes partidos de esquerda. Ainda não há tempo acumulado para poder avaliar os resultados desta mudança na Espanha, mas tudo indica que mais esse país dá sinais de provável enfrentamento da política de austeridade com o investimento em políticas sociais e no desenvolvimento econômico. Por exemplo, no final de 2018, foi convertida uma das medidas de austeridade aplicadas no Sistema Nacional de Saúde espanhol, que impedia o direito à cobertura do sistema

aos migrantes ilegais. Esta medida já foi revista e foi restabelecido o direito à cobertura para esta população.

EVIDÊNCIA CIENTÍFICA SOBRE RESULTADOS DA POLÍTICA DE AUSTERIDADE FISCAL

Na seção anterior mostramos que o investimento em políticas sociais, sobretudo as de caráter universal, traz importantes resultados tanto do ponto de vista das condições de saúde e de vida da população, como para o desenvolvimento econômico do país.

Recentemente vem sendo feita uma produção acadêmica no Brasil importante (SANTOS e VIEIRA, 2018; SCHRAMM *et al.*, 2018; DWECK *et al.*, 2018) para identificar estudos específicos sobre os impactos da austeridade. Na presente seção, mostraremos que as políticas de austeridade fiscal geram resultados bastante diferentes dos produzidos pelos investimentos nas políticas sociais de caráter universal.

Em 1º de julho de 2016, o então ministro da Fazenda Henrique Meirelles, em entrevista concedida à Rádio Estadão, disse que "As despesas com educação e saúde são itens que, na prática, junto com a previdência, inviabilizaram um controle maior das despesas nas últimas décadas". Na mesma entrevista, afirmou que "educação e saúde inviabilizam ajustes". Essas declarações fazem parte da argumentação da proposta de que, para sair da crise econômica, é preciso cortar os gastos sociais, manter os juros altos, ter meta de inflação, superávit primário, fazer privatizações, abrir o mercado para os grupos financeiros internacionais (capital estrangeiro). Essa é a proposta de equilíbrio das contas do governo, feita com base nos princípios ordoliberais, que denominamos política de austeridade.

Na realidade prática do enfrentamento da crise de 2008, a política de austeridade tem sido implantada como orientação, sobretudo da Alemanha, na perspectiva do ordoliberalismo, mas tem sido usada com desenvoltura pela agenda neoliberal. Está sendo fortemente aplicada no Brasil e na Grécia, assim como também foi na Espanha em Portugal, sempre como estratégia de resposta à crise econômica de 2008.

Essa nova roupagem da austeridade tem sido utilizada em consonância com o ideário neoliberal, cujos elementos centrais são baseados na valorização do individualismo, do mercado e do setor privado. O paradigma do neoliberalismo

pode ser estruturado em três eixos, que sustentam as propostas de privatização, pela ideia de "superioridade do livre mercado como mecanismo de alocação eficiente de recursos", do individualismo e da liberdade, em detrimento da igualdade (UGÁ e MARQUES, 2005, p. 196).

Esse paradigma é também a base da proposta do Banco Mundial para o Brasil, que recomendou ao governo brasileiro diminuir o financiamento público, aumentar a participação do financiamento privado nos direitos sociais de caráter universal e instituir facilitações do Estado ao setor privado no país.

Os defensores da política do neoliberalismo e da austeridade não sabem ou não dizem à sociedade civil que, se forem cortados os gastos sociais – saúde é um importante gasto social –, acontecerá um desastre com aqueles indicadores que levam anos para apresentar melhora nas condições de saúde e de vida da população. Além disso, dívida do Estado é diferente da dívida das famílias, quando uma crise econômica realmente exige a redução dos gastos familiares.

O que ocorre com a Grécia mostra bem a tragédia da política de austeridade e é também um caso exemplar no estudo de Stuckler e Basu (2014), que analisaram para o período de 2009 a 2012 as restrições nos gastos com saúde com tratamentos, diagnósticos, medicamentos, prevenção e saúde materno-infantil. Verificaram grandes aumentos nas taxas de mortalidade infantil, de suicídio e colapso na prevenção contra o HIV, que estaria transformando a Grécia num epicentro de disseminação do vírus tamanho foi o aumento das infecções, além do aumento da população sem teto.

Os resultados de Stuckler e Basu (2014) e Reeves *et al.* (2014) mostram como os cortes nos orçamentos de saúde em tempos de crise econômica podem piorar a condição de vidas dos países, provocando uma "tragédia humana".

No caso dos países da América Latina, funcionários do Fundo Monetário Internacional (FMI) denunciaram que as políticas neoliberais aumentaram a desigualdade, prejudicaram a sustentabilidade do crescimento e ainda colocaram em risco a expansão duradoura da economia desses países: "a experiência do Chile e de outros países (da AL) sugere que nenhuma agenda fixa produz bons resultados" (OSTRY *et al.*, 2016). Estes autores apontaram que a política do FMI não teria sido exitosa no combate à pobreza e à desigualdade. Em estudo de 2017, os mesmos autores mostram que a abertura das economias nacionais para o capital estrangeiro e a globalização econômica aumentam as desigualdades de renda (CARVALHO, 2017, *apud* SANTOS e VIEIRA, 2018).

Os estudos mencionados revelam que, quando se faz cortes na saúde em momento de crise econômica, há um aumento do número de mortes, dos surtos de infecções por tuberculose e por HIV, assim como das doenças infectocontagiosas em geral. Também aumenta o risco de retorno de doenças que já estavam erradicadas, aumentam os índices de alcoolismo e de suicídio, os problemas de saúde mental, ou seja, uma tragédia para uma população sofrida de um país em crise. Além disso, tais estudos mostram que os cortes nos gastos sociais aumentam a desigualdade no país e colocam em risco a possibilidade de uma expansão duradoura ao mesmo tempo em que prejudicam a sustentabilidade do crescimento.

Além de apresentarem que a saúde não deve ser cortada em situação de crise, estes estudos apontam que investir em saúde pode ser considerada uma oportunidade de gerar economia com desenvolvimento de tecnologias, emprego e maior qualidade de vida, que são fundamentais para enfrentar crise. Os autores sugerem que manter, ou até mesmo aumentar o gasto com saúde, contribui para o país voltar a crescer mais rapidamente e de forma mais duradoura.

Nesse sentido, é possível afirmar que, nos momentos de crise, os governos devem investir mais em saúde, não só porque é quando as pessoas mais precisam, como também porque a saúde contribui para um desenvolvimento mais duradouro da economia do país.

AUSTERIDADE FISCAL E DESIGUALDADE NO CASO BRASILEIRO

Nesta seção, examinamos em que medida os resultados das políticas de austeridade observados anteriormente também podem ser verificados no Brasil, que tornou sua política de austeridade mais incisiva a partir das consequências da crise de 2008, observadas a partir do início da década de 2010. A austeridade vem sendo adotada não apenas pela manutenção da DRU e promulgação da EC 95, mas por um profundo corte nas políticas sociais e pelo discurso governamental, sobretudo após o impeachment da ex-presidenta Dilma Rousseff, de que as políticas sociais configurariam um entrave ao enfrentamento da crise econômica do país.

Cada vez mais é incorporado pela mídia e pelo senso comum o teor de falas como a do então ministro da Fazenda Henrique Meirelles de que educação, saúde

e previdência "inviabilizaram um controle maior das despesas nas últimas décadas" e que "inviabilizam ajustes" (2016). É o discurso que prontamente oferece como solução para saída da crise econômica o corte nos gastos sociais, a manutenção dos juros altos, meta de inflação, superávit primário, privatizações, abertura do mercado para os grupos financeiros internacionais etc. É uma proposta de equilíbrio das contas do governo, feita com base nos princípios neoliberais, mas de forma extrema, que denominamos política de austeridade, a qual vem sendo aplicada no Brasil.

O trabalho desenvolvido pelo Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (VIEIRA *et al.*, 2018) mostra que alguns efeitos da política de austeridade já podem ser constatados no Brasil, como enormes diminuições nos investimentos na seguridade social no período recente.

A perspectiva futura não é melhor, pois estudos que projetaram os efeitos da EC nº 95, caso perdurem os 30 anos previstos, apontaram que, no caso da Assistência Social, pode haver uma perda de até R$ 868 bilhões (PAIVA *et al.*, 2016, *apud* SANTOS e VIEIRA, 2018) e na saúde de R$ 168 a 738 bilhões (VIEIRA e BENEVIDES, 2016, *apud* SANTOS e VIEIRA, 2018).

O estudo de Rasella *et al.* (2018) mostra os efeitos para as condições de vida e de saúde da população brasileira em relação às taxas de mortalidade infantil (TMI). Usando informações sobre a evolução da pobreza e da mortalidade no país, os autores projetaram as mortes de crianças menores de 5 anos que poderiam ser evitadas até 2030, mas que não serão caso seja mantida a EC nº 95. Verificaram que a TMI, depois de 15 anos apresentando queda, pode aumentar consideravelmente se mantido o congelamento nos Programas PBF e BPC. A projeção até 2030 evidenciou que vai piorar de modo proporcional, justamente pelas causas decorrentes de pobreza, como desnutrição e diarreia.

Aos resultados de Rasella *et al.* (2018) somam-se aos de Massuda *et al.* (2018), que mostram o quanto a austeridade afeta mais desproporcionalmente os mais vulnerabilizados. Também se somam os estudos de Marc Morgan Milá, da equipe de Tomas Piketty, que, sobre os dados de desigualdade brasileira, afirmou em entrevista concedida ao jornal Folha de São Paulo publicada em 29 de setembro de 2017: "políticas de austeridade costumam afetar mais os pobres". E alertou que "é plausível pensar que os níveis de desigualdade vão parar de melhorar nos próximos anos se essas políticas forem implementadas".

Esses estudos corroboram a hipótese de que o impacto da política de austeridade fiscal provavelmente é maior no Brasil em relação aos países europeus onde foram realizados os estudos mencionados. Isso se deve ao fato de que as condições da população brasileira de vida, de saúde, de escolaridade, da oferta de saneamento, proteção social, qualidade de vida em geral, são piores que as das populações daqueles países.

POLÍTICA DE AUSTERIDADE E SISTEMA TRIBUTÁRIO BRASILEIRO

A concentração de renda da sociedade brasileira indica o grau de equidade e é diretamente influenciada pela estrutura do sistema tributário, cuja iniquidade vem sendo amplamente discutida, inclusive com proposição de reforma tributária para corrigir as injustiças derivadas do atual sistema (ANFIP e FENAFISCO, 2018). O Brasil é um país com elevado grau de concentração da renda e, além disso, algumas características peculiares neste país contribuem para agravar este quadro:

- ✓ no Brasil, as grandes fortunas não sofrem tributação específica;
- ✓ a tributação não incide sobre os lucros e os dividendos da pessoa jurídica, somente na pessoa física;
- ✓ embora o Imposto de Renda de Pessoa Física (IRPF) seja progressivo por tributar mais os mais ricos que os mais pobres, ainda é baixa a tributação sobre o topo da pirâmide de renda, isto é, os centésimos mais ricos da população. A alíquota de 27,5% do IRPF que incide na faixa mais alta de renda é muito abaixo dos 35 a 30% observados em outros países;
- ✓ a alíquota sobre herança no Brasil é extremamente baixa (em geral entre 2 a 6%) se comparada a outros países (que pode chegar a 30%).

A desigualdade expressa na concentração da renda da sociedade brasileira, denunciada em diversos estudos (UGÁ e SANTOS, 2005), foi recentemente analisada pela equipe de Thomas Piketty (Folha de São Paulo, entrevista publicada em 28 set. 2017) como a pior desigualdade do mundo, semelhante apenas à África do Sul e aos países do Oriente Médio.

Essas informações são corroboradas pelo estudo de Medeiros e Souza (2016), que realizaram diferentes tabulações das declarações do IRPF para aplicar métodos de cálculo de desigualdade, inclusive com e sem uso da pesquisa PNAD/IBGE, mas cujos resultados convergiram para a "grande importância dos ricos para explicar a desigualdade entre 2006 e 2012".

A desigualdade e a extrema concentração de renda no topo da pirâmide impedem que o país cresça de forma sustentável, ao mesmo tempo em que sabemos que quanto maior a desigualdade, mais distante se está da democracia, como bem assinalou o economista especialista em equidade, Branko Milanovic (Jornal The Guardian, em 02 maio 2017). E é exatamente esse o quadro que se agrava no país nos últimos anos e que torna o Brasil um terreno fértil para os impactos da política de austeridade surtirem efeitos sobre a proteção social e os direitos humanos da população.

AUSTERIDADE, COBERTURA UNIVERSAL DE SAÚDE E PLANOS POPULARES: ESTRATÉGIAS DE UM MESMO PROJETO

É importante compreender que a pressão internacional pela política de austeridade não só corresponde ao aprofundamento da política neoliberal, mas ganha força como uma resposta à crise econômica mundial. Essa concepção de política socioeconômica coincide com o esforço da Organização Mundial de Saúde (OMS), que começou a tomar forma a partir de 2005, para emplacar a proposta de *Universal Health Coverage* (UHC) – Cobertura Universal de Saúde (CUS) para todos os países do mundo, como também demonstrado em CEBES (2014) e Giovanella *et al.* (2018). Essa política atualmente já tem consistência na Declaração de Astana (WHO, 2018) e nos objetivos de desenvolvimento sustentável (ONU, 2018).

A cobertura universal de saúde defende a expansão da taxa de cobertura da população com acesso à saúde, o que idealmente seria desejável se fosse baseada na premissa de que todos viessem a ter acesso à saúde como direito de cidadania num modelo de proteção social universal. Entretanto, a proposta baseia-se na segmentação do acesso, da cobertura e do financiamento do serviço de saúde. E prevê que a segmentação seja realizada por meio da expansão do mercado privado

de saúde, tanto para o financiamento dos serviços de saúde, que poderiam vir a ser por meio de seguros privados, como para provisão de parte dos serviços, uma vez que haveria uma cesta previamente definida de serviços a serem cobertos.

O modelo da CUS rompe, portanto, com a lógica dos sistemas públicos universais e integrais, a qual pressupõe o financiamento público do sistema de saúde independentemente do poder de pagamento das pessoas e a organização do cuidado para atender às necessidades de saúde, não se resumindo à oferta de determinados serviços de saúde.

Os mais importantes pressupostos da CUS estão no documento da Fundação Rockefeller (2012, p. 1, tradução nossa) preparado em Bellagio por um time de especialistas:

> grande proporção da população está disposta a pagar por serviços de saúde do setor privado;
>
> fortes agentes do mercado estão dispostos a pressionar para que haja aumento de financiamento público e privado, especialmente como os países de média e baixa renda adotam políticas para financiar o seguro de saúde como um meio para a CUS.

Essa linha de argumentação deixa claro que o efeito da crise econômica no mercado segurador internacional levou à busca de novas clientelas, uma vez que a demanda por seguro privado suplementar de saúde na Europa já esteja saturada (MOSSIALOS e THOMPSON, 2004) e o máximo de expansão da demanda que os Estados Unidos poderiam obter seria pela implementação do *Obamacare*. Nesse sentido, a real possibilidade de expansão de clientes de seguro privado de saúde não estaria entre as maiores economias do hemisfério Norte, mas nos países com grandes populações e alguma possibilidade de compra, como Brasil, Índia e África do Sul, que passam a configurar como alvo mais adequado dessa política.

A proposta da CUS se fortalece paulatinamente, a cada Relatório Mundial de saúde da OMS, como mostraram Giovanella *et al.* (2018): se, em 2008, a universalidade considerava a proporção de despesas cobertas por fundos públicos pra financiar os sistemas de saúde e a orientação era ampliar os gastos públicos, em 2010, ganham projeção os fundos compartilhados (financiamento público e privado), e a orientação passa a ser uma cobertura pública residual e seletiva de serviços primários de saúde que conforme um pacote, uma cesta de serviços definidos – bastante diferente do modelo de atenção primaria de saúde previsto

nos sistemas universais de saúde em que e ela é integral, atende às necessidades de saúde e atua em rede com os demais níveis de atenção do sistema.

Essa proposta parte da premissa que seria interessante a parceria entre o público e o privado, mas desconsidera que o privado sempre busca lucro e, na prática das parcerias, o público tende a ficar com os maiores gastos. Ela é comumente justificada como meio de reduzir o gasto privado direto por meio da compra de seguros privados de saúde ou de seguros subsidiados para pobres, ou seja, significa o rompimento com a lógica dos sistemas públicos universais baseados na integralidade da atenção e na equidade. Assim, "a forma para avançar em direção à cobertura universal deixa de ser a ampliação do financiamento público correspondente ao *universal health care*, a sistemas nacionais de saúde de acesso universal e financiamento público (subsídio à oferta)", de acordo com Giovanella *et al.* (2018, p. 1765) e passa-se a *universal health coverage*, que é a cobertura para seguros de saúde, sejam públicos ou privados, mas numa lógica baseada no subsídio à demanda.

A proposta da CUS torna-se paulatinamente pauta dos organismos internacionais, não só pela OMS, mas passa a ser incorporada entre os indicadores dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da ONU (ODS) para 2030, com repercussões de médio prazo para todos os países que estarão obrigados a acompanhar os indicadores. E, mais recentemente, foi realizado amplo debate à versão preliminar da declaração da segunda conferência internacional de atenção primaria de saúde, que revia o conceito amplo de saúde de Alma-Ata para uma proposta de parceria público-privada claramente baseada na CUS. Note-se que somente após intenso debate com diversos organismos internacionais e movimento sociais, que o peso do setor privado inicialmente proposto na versão preliminar da declaração foi diminuído na sua versão final, mas não foi retirado completamente (PEOPLE HEALTH MOVEMENT, 2018).

Outro destaque necessário sobre o modelo em questão é que, embora a proposta utilize a ideia da universalidade, concretamente fortalece o papel do setor privado na oferta de seguros privados de saúde e de serviços de saúde, rompendo com a lógica da universalidade e de sistema universal de saúde como mencionado anteriormente e, mais grave que isso, configurando, na realidade concreta da proposta, uma disputa com o conceito de direito universal à saúde (CEBES, 2014).

No caso brasileiro, é fundamental avaliar os possíveis efeitos da CUS no sistema de saúde. Por um lado, o direito universal à saúde foi estabelecido

constitucionalmente em 1988 e, desde então, vem sendo fortalecido com o SUS, que é cada vez mais importante para as condições de vida da população e para a economia do país.

Por outro lado, o SUS guarda a herança do sistema de saúde brasileiro, que, desde a década de 1960, sobretudo, vem se estruturando em cada vez mais forte mercado prestador privado, do qual o SUS é o principal comprador e, mais recentemente, com a progressiva perda da capacidade de gestão do Estado devido aos contratos privados com OS, OSCIP, FES e afins, para gestão e prestação de serviços públicos em unidades públicas. Ademais, o Estado confere cada vez mais incentivos ao setor privado por meio de deduções, isenções e subsídios fiscais dos mais variados tipos (CEBES, 2014). Ao mesmo tempo em que o setor privado é privilegiado pelas políticas públicas, foi o sistema público constitucionalmente escolhido para a população que, por ser universal e integral, ampliou o acesso para toda a população às ações e aos serviços de saúde nas três últimas décadas. E é esse SUS que se financia inadequadamente, sempre abaixo do previsto pela Constituição, conformando menos que 4% do PIB, claramente insuficientes para garantia do direito universal à atenção integral à saúde.

Desde a Constituição, tanto o SUS quanto o setor privado cresceu de modo importante. Como mencionado em seção anterior, atualmente 24,5% da população brasileira possui cobertura de seguro privado de saúde para serviços médico-hospitalares (majoritariamente trabalhadores do mercado formal), os quais podem usar tanto o SUS como o seguro privado (ANS, 2018), constituindo um sistema extremante segmentado no país.

Apesar de todo esse contexto e das consequências que ele confere, o SUS rompeu com o modelo anterior ao estabelecer novas bases institucionais, gerenciais e assistenciais, sendo conformado como um sistema universal de saúde com desenho organizacional territorializado, com previsão de rede hierarquizada em níveis de atenção integrados. Em consonância às diretrizes organizacionais da descentralização e da participação da sociedade, o SUS incorporou em sua estrutura institucional e decisória instrumentos para a democratização e compartilhamento da gestão do sistema de saúde entre os distintos entes governamentais e a sociedade civil. Tendo como uma de suas diretrizes a integralidade, o desenho do sistema considera a integração entre cuidados individuais e ações de saúde pública e a garantia de atenção em todos os níveis de complexidade, conforme a necessidade, sem definição de uma cesta restrita de serviços.

O SUS é um sistema universal e está organizado como tal, em rede, com ações, serviços, clínicas e postos de saúde, hospitais, centros de serviços de apoio à diagnose e terapia (SADT), profissionais que executam as ações e os serviços, recursos físicos e políticas orientadoras articuladas. Sozinhos, esses pontos não formam uma rede, somente quando seus pontos são interligados (com sistema de informação, logística, comunicação etc.) é que constituem os fios da rede. Isso não ocorre no setor privado pela sua natureza fragmentada.

Além disso, a lógica da atenção à saúde não se resolve se estiver centrada nos eventos hospitalares e agudos, como costuma ocorrer na assistência prestada pelo setor privado, que é orientado pela lógica de pagamento por serviço executado. É preciso orientar a atenção pela lógica da Atenção Primária de Saúde (APS) integral, o que só é possível de ser feito em um sistema universal. Nos sistemas universais, a garantia de cuidado integral, individual e coletivo, exige a coordenação entre os serviços, organizados em rede, integrados e territorializados distribuídos com economia de escala, e orientados pela APS, resultando em melhor qualidade, menores custos e maior eficiência. Isso é possível com um sistema universal de saúde, mas não com a APS preconizada como estratégia para a CUS, baseada num pacote básico de serviços e medicamentos a serem definidos em cada país para serem cobertos – essa é a APS conhecida como seletiva, não é suficiente para um sistema universal e ainda significaria retrocesso em relação aos avanços já obtidos pelo SUS mencionados no início deste capítulo.

A crise econômica de 2008 também afetou o setor privado de saúde, em especial o mercado de seguros privados de saúde que é majoritariamente sustentado pela clientela com vínculo empregatício e que perde o plano com a perda do emprego. No Brasil, desde 2014, as seguradoras perderam mais de dois milhões de clientes. Em meio a essa crise, em 2016, foi proposto pelo Ministério da Saúde o "plano acessível", também conhecido como planos populares, com o propósito, segundo o então ministro da saúde, de "rever o tamanho do SUS" uma vez que não seria possível conseguir "sustentar o nível de direitos que a Constituição determina" (SANTOS, 2016). A proposta apresenta planos com cobertura exclusivamente ambulatorial e custo mensal baixo, com a clara expectativa de ampliar o mercado. Entretanto, além de não desafogar o SUS, ela pode gerar maior segmentação e agravar a iniquidade no sistema de saúde brasileiro, além de fortalecer o mercado de planos privados de saúde em detrimento do SUS, como mostrado por Santos (2016).

Essa proposta dos planos "acessíveis" congraça e corrobora a concepção de CUS, ampliando a oferta de cobertura por meio do seguro privado, ao passo que atenderia a demanda das seguradoras de não só retomarem, mas ampliarem sua clientela. A proposta da CUS não parece fazer sentido num país em que o sistema universal é para ser usado por todos os brasileiros, permitindo a qualquer pessoa que precise utilizar um serviço de saúde ser atendida pelo SUS e não precisar pagar por ele na hora do uso. A CUS atenderia, certamente, às seguradoras brasileiras e, possivelmente, ao capital internacional, dando conta da demanda das seguradoras estrangeiras de ampliação de sua clientela já saturada na Europa. Nesse sentido, é difícil imaginar a CUS contribuir positivamente para os objetivos gerais dos sistemas universais de saúde, de contribuição positiva aos resultados de saúde, ao desenvolvimento do próprio sistema de saúde e aos objetivos com base nos direitos sociais.

O SUS é um direito de cidadania, o que não ocorre com o setor privado de saúde tal qual preconizado pela CUS, em que é necessário pagar para usar, seja por intermédio do seguro ou pagando diretamente com recursos próprios– nesses casos, é estabelecido o direito de consumidor. Já o direito de cidadania estende-se a todas as pessoas, principalmente nas sociedades preocupadas com o bem-estar geral da população, cuja organização é determinada com base em valores de solidariedade, os quais fundamentam sistemas que atendam ao que é de interesse público.

SETOR PRIVADO AFETA NEGATIVAMENTE OS SISTEMAS PÚBLICOS UNIVERSAIS

Além do descabimento da proposta da CUS, que desconsidera a maior eficiência dos sistemas universais diante dos demais formatos, há estudos internacionais que mostram que quando há coexistência de seguro privado com um sistema público universal, com duplicidade de serviços oferecidos (chamada de cobertura duplicada na literatura), podem ser observados efeitos específicos desse tipo de relação público-privada (OECD, 2004; MOSSIALOS e THOMPSON, 2004; COUFINHAL, 1999; COLOMBO e TAPAY, 2004; TUOHY *et al.*, 2004; SANTOS, 2009). Por exemplo, esse tipo de arranjo público-privado incentiva o desenvolvimento do setor privado nos serviços em que a população tem

dificuldade de acesso no sistema público, geralmente consultas a especialistas, cirurgias eletivas, SADT e medicamentos. E, do mesmo modo, contribui para a iniquidade na oferta, no acesso e no uso dos serviços, não diminui a pressão da demanda por serviços do sistema público. E também não contribui para a preservação dos objetivos gerais do sistema de saúde – de universalidade, integralidade e equidade, de colaboração positiva para os resultados de saúde, o desenvolvimento do próprio sistema de saúde e objetivos sociais, como a melhoria das condições de vida da população. Ao contrário, corrói esses objetivos do sistema. E o sistema público fica com maiores e mais complexas filas de espera. Portanto, não há evidência de que o seguro privado alivie os sistemas públicos universais.

No caso brasileiro especificamente, deve ser acrescentado que grande parte das pessoas que tem plano privado, o tem por intermédio do emprego, mesmo que paguem parte da mensalidade ou toda ela. Quando se aposentarem, seus orçamentos diminuirão, mas aumentará seu custo de vida, sua necessidade de serviços de saúde e seus gastos com saúde. Provavelmente não conseguirão continuar pagando por esses planos. Portanto, os planos privados são um estelionato.

Se somada a essa especificidade do sistema brasileiro os efeitos dos arranjos público-privados em sistemas universais identificados pela evidência científica comentados, a melhor saída para os brasileiros é, sem dúvida, um sistema público universal, mas diferentemente do SUS atual, um SUS com importante investimento de financiamento financeiro e de gestão.

O BRASIL PRECISA DE UM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE UNIVERSAL E DE QUALIDADE

Para esta seção nos baseamos em Santos (2016). Precisamos de um sistema público forte e de qualidade. Por diversos motivos. Um deles é que há evidências de maior eficiência e efetividade das estratégicas e modelos de cuidado dos sistemas públicos universais, como explicitado no Relatório do Commonwealth Fund (2014).

No caso brasileiro, o SUS é para ser usado por todos os brasileiros. Qualquer pessoa que precise utilizar um serviço de saúde pode ser atendida pelo SUS e não precisa pagar por ele na hora do uso. A essa condição denominamos direito universal à saúde. Trata-se de um direito de cidadania. Isso não ocorre com os

planos privados de saúde, nem com os médicos, laboratórios e hospitais privados sem atendimento do SUS, pois neles é necessário pagar para usar, seja por intermédio do plano ou pagando diretamente com recursos próprios – nesses casos, é estabelecido o direito de consumidor.

O SUS tem diversos problemas que precisam ser melhorados, mas ainda é para todos. O direito de cidadania estende-se a todas as pessoas, principalmente nas sociedades que pactuam pelo bem-estar com adequadas condições de vida da população. Nestas sociedades, a organização da seguridade social é determinada com base em valores de solidariedade, os quais fundamentam serviços de interesse público.

Já no setor privado, o uso do serviço de saúde mediante o pagamento é baseado no direito de consumo e ocorre somente se a pessoa tiver como pagar. Do contrário, não poderá usá-lo. Nesse caso, é cada um por si, de modo a prevalecer o valor da liberdade individual traduzido como renda e riqueza. Isso acontece nos mercados privados, em que os mais ricos se beneficiam por ter maior poder de compra enquanto os mais pobres são prejudicados.

Na prática, todos os sistemas de saúde do mundo misturam o público e o privado. É importante compreender, em cada sistema, se aquilo que é de interesse de todos, ou seja, de interesse público, quando consegue prevalecer sobre o interesse de alguns – interesse privado.

No Brasil, por mais problemas que apresente e por mais imbricado que esteja com o setor privado, o SUS ainda é um sistema de saúde de interesse público para todos os brasileiros. Nenhum outro país de tamanho equivalente ao Brasil tem sistema público para todos. Portanto, o SUS é nosso e precisa ser melhorado.

O setor privado de planos e seguros de saúde, assim como o de prestação de serviços, não é um sistema e, portanto, não funciona como tal, nem tem esse objetivo, mas sim o lucro de cada empresa, sendo que as empresas são concorrentes entre si, o que configura um setor fragmentado, jamais um sistema.

O SUS é um sistema. E está organizado como tal, em rede, com ações, serviços, clínicas e postos de saúde, hospitais, centros de serviços de apoio à diagnose e terapia (SADT), profissionais que executam as ações e os serviços, recursos físicos, e políticas orientadoras articuladas. Sozinhos, esses pontos não formam uma rede, somente quando seus pontos são interligados (com sistema de informação, logística, comunicação etc.) é que constituem os fios da rede. Isso não ocorre no

setor privado pela sua natureza fragmentada (RODRIGUES e SANTOS, 2011), mas ocorre num sistema público a partir da sua gestão.

Além disso, a lógica da atenção à saúde não se resolve se estiver centrada nos eventos hospitalares e agudos, como costuma ocorrer na assistência prestada pelo setor privado, que é orientado pela lógica de pagamento por serviço executado. É preciso orientar a atenção pela lógica da Atenção Primária de Saúde (APS). A maior parte dos problemas de saúde pode ser resolvida na APS. Além disso, o clássico estudo de Starfield (1994) comparou 11 países e mostrou que os sistemas de saúde orientados pela APS estão associados a uma maior satisfação da população, um menor uso de medicamentos e melhores níveis de saúde.

Também precisamos de um sistema público para viabilizar a organização e a gestão do sistema. Sem um sistema seria inviável organizar a atenção à saúde do SUS em mais de cinco mil municípios, 44 mil postos e centros de saúde, 41 mil policlínicas e clínicas especializadas, 20 mil estabelecimentos de SADT, além dos mais de seis mil hospitais e mil prontos-socorros para mais de 200 milhões de brasileiros.

Outro motivo é ter escala econômica. Alguns indivíduos necessitam gastos com saúde muito maiores que outros. Diluir esses gastos gera viabilidade econômica, que vai ser tão maior quanto maior a população. Essa lógica é reforçada dentro de um contexto em que os custos com saúde são cada vez maiores em razão do desenvolvimento tecnológico e devido a diversas mudanças que reforçam a necessidade da diluição dos gastos com saúde. Entre essas mudanças, destacam-se a transição demográfica, o aumento das doenças crônicas, a aceleração da urbanização não planejada, a gentrificação e o crescimento dos modos de vida pouco saudáveis.

Um sistema público de saúde é fundamental também para serem estabelecidas regras mínimas de segurança e qualidade dos serviços realizados e também dos recursos físicos e humanos que oferecem os serviços. O estabelecimento dessa qualidade não pode ser previsto por cada empresa de saúde, seja um estabelecimento ou empresa de plano privado; tem de ser realizado por entidade que represente o interesse coletivo e público, e não o interesse privado do lucro. Então, só é possível ser realizado por intermédio do Estado.

É importante, por questões relacionadas ao desenvolvimento econômico do país, que o sistema público de saúde seja bom, pois interessa a todos que ele garanta uma população saudável e com qualidade de vida. Alguns países já

atentam para a necessidade de prover sustentabilidade às políticas sociais, de modo a garantir o acesso da população aos serviços de educação, saúde, previdência, saneamento e assistência social, para que as suas sociedades possam se desenvolver inclusive economicamente e possam enfrentar a pobreza, gerar empregos e produzir riquezas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das informações e dos resultados apresentados e discutidos neste capítulo, fica claro que é toda a população brasileira excluída do 1% mais rico que sofre as mazelas advindas das políticas de austeridade dos últimos governos. O impacto dessas políticas está conduzindo o Brasil para resultados ainda piores que as trágicas consequências verificadas nos demais países que vêm sendo coagidos a aplicar políticas de austeridade fiscal como forma de lidar com suas crises econômicas.

No nosso caso, o 1% mais rico está concentrado em manter seu *status quo*, mesmo que, para isto, se torne adepto de um projeto que desmonta a proteção social universal brasileira instaurada na Constituição Federal de 1988, a qual, apesar de incipientemente implantada, acarretou mudanças extremamente positivas para as condições de saúde e de vida da população brasileira nestes últimos 30 anos. O projeto de desconstrução da proteção social universal implica desarticular a seguridade social e, especificamente no SUS, fortalecer mais ainda o mercado privado, sobretudo, o do sistema financeiro, o que propostas como a de planos privados populares/acessíveis, fortalecida pelo discurso de defesa da Cobertura Universal de Saúde, intensificará, se colocada em prática.

A proposta de planos de saúde populares ou acessíveis, a cobertura universal de saúde e as políticas de austeridade configuram diferentes estratégias de um mesmo projeto que avança sobre a proteção social e os direitos sociais de caráter universal. Os estudos mostram que as políticas de austeridade fazem parte de uma estratégia do projeto neoliberal e que incidem negativamente nas condições de saúde e de vida da população, assim como atravancam a saída dos países das crises econômicas além de obstruírem a possibilidade de sustentabilidade do crescimento das economias. Ademais, essas políticas aprofundam as desigualdades existentes.

Neste capítulo também vimos, entretanto, que existem outros caminhos e projetos de sociedade possível. Se quisermos um país forte e de forma duradoura, é preciso grandes investimentos na área social para que obtenhamos efeitos nas condições de vida do universo da população e no desenvolvimento econômico do país. Para isso é necessária a ação do Estado no sentido de tornar realidade os direitos sociais. No caso do SUS, converter em real o SUS que é constitucional. A grande maioria da população brasileira deseja, certamente, saúde pública e de qualidade para todos os brasileiros, o que só é possível com um sistema público universal forte e de qualidade para todos. Para isso, temos o papel cívico da academia e dos movimentos sociais de analisar para formular e propor as prioridades que devem constar num projeto de sociedade solidário e em defesa dos direitos humanos fundamentais.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, J.; MOSTAFA, J.; HERCULANO, P. Gastos com a política social: alavanca para o crescimento com distribuição de renda. **Comunicados do Ipea 75**. Brasília, 2011.

ANFIP e FENAFISCO. FAGNANI, E. (org.). **A Reforma Tributária Necessária**: diagnóstico e premissas. Brasília: ANFIP; FENAFISCO. São Paulo: Plataforma Política Social, 2018.

CARVALHO, L. Globalização financeira eleva desigualdade. **Jornal Folha de S Paulo**, 28 dez. 2017.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). **Manifesto do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde em defesa do direito universal à saúde – saúde é direito não é negócio**. Rio de Janeiro: Cebes, 2014. Disponível em: http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/09/Manifesto_Cebes_Sa%C3%BAde_%C3%A9_direito_e_n%C3%A3o_neg%C3%B3cio.pdf.

COLOMBO, F.; TAPAY, N. Private Health Insurance in OECD countries: the benefits and costs for individuals and health systems. **OECD Health Working Papers n. 15.** Paris: OECD, 2004.

COUFFINHAL, A. **Concurrence en assurance santé:** entre efficacité et sélection Competition in health insurance: between efficiency and selection. [Dissertation]. Paris: Université Paris IX-Dauphine, 1999.

DWECK, E.; OLIVEIRA, A. L. M.; ROSSI, P. Austeridade e retrocesso: impactos sociais da política fiscal no Brasil. **Brasil Debate e Fundação Friedrich Ebert**, São Paulo, agosto de 2018. Disponível em: http://brasildebate.com.br/wp-content/uploads/DOC-AUSTERIDADE_doc3-_L9.pdf.

GIOVANELLA, L. *et al.* Sistema universal de saúde e cobertura universal:

desvendando pressupostos e estratégias. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, jul. 2018.

JORNAL EL PAÍS. **Islândia atribui sua recuperação à recusa em aplicar a austeridade: interesses econômicos em uma mão e democracia em outra, diz presidente**. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2015/02/18/economia/1424281414_946592.html

MASSUDA, A.; HONE, T.; LELES, F. A. G. *et al*. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. **BMJ Glob Health,** 2018:3 e000829. Doi:10.1136/bmjgh-2018-000829.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Sistema de Informações de Benificiários** (SIB). 2018.

MOSSIALOS, E.; THOMPSON, S. M. S. **Voluntary Health Insurance in Europe Union**. Copenhagen, World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). Private Health Insurance. *In:* **OECD Countries.** Paris: OECD, 2004.

ORAIR, R. O.; SIQUEIRA, F. F.; GOBETTI, S. W. **Política fiscal e ciclo econômico**: uma análise baseada em multiplicadores do gasto público. Monografia premiada em 2º lugar. XXI Prêmio Tesouro Nacional 2016.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável** (ODS). Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5849:objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel&Itemid=875.

OSTRY, J. D.; LONGANI, P.; FUNCERI, D. Neoliberaism: Oversold? **Finance & Development,** 2016, jun., 53(2): 38-41.

PEOPLE HEALTH MOVEMENT (PHM). **PHM's comments on the draft Declaration for the second International Conference on Primary Health Care**. Julho de 2018. Disponível em: https://phmovement.org/peoples-health-movement-comments-on-the-draft-declaration-for-the-second-international-conference-on-primary-health-care-towards-universal-health-coverage-and-the-sustainable-development-goa/.

RASELLA, D. *et al.* **Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil**: A nationwide microsimulation study. Published: May 22, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002570.

REEVES, A. *et al.* The political economy of austerity and healthcare: Cross-national analysis of expenditure changes in 27 European nations 1995-2011. **Health Policy**, 2014, mar. 115(1):1-8.

ROCKEFELLER FOUNDATION. **Future Health Markets**: a meeting statement from Bellagio. 2012. Disponível em: https://static.squarespace.com/static/5034f626e4b09af678ebcd47/52c594f5e4b01a09cde0f896/52c594f5e4b01a09cde0faf7/1355906022603/bellagio-future-health-markets-statement-final.pdf.

RODRIGUES, P. H. A.; SANTOS, I. S. **Saúde e cidadania**: uma visão histórica e comparada do SUS. Rio de Janeiro: Atheneu, 2011.

SANTOS, I. S. **O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro**: elementos para a regulação da cobertura duplicada. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, 2009. Disponível em: https://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/25446_Isabela_S_Santos.pdf.

SANTOS, I.S. A solução para o SUS não é um Brazilcare. **Rev. Eletrônica de Comunicação e Informação e Inovação em Saúde,** 2016, 10(3).

SANTOS, I. S.; VIEIRA, FS. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 7, p. 2303-2314, jul. 2018.

SCHRAMM, J. M. A.; PAES-SOUSA, R.; MENDES, L. V. P. Políticas de Austeridade e seus impactos na saúde: um debate em tempos de crise. **Textos para Debate**. Rio de Janeiro: Centro de Estudos Estratégicos, Fiocruz, 2018. Disponível em: http://www.cee.fiocruz.br/sites/default/files/1_Joyce%20M-R%C3%B4mulo%20P-Luiz%20V_austeridade_1.pdf.

SILVEIRA, F. G.; FERREIRA, J. Equidade fiscal no Brasil: impactos distributivos da tributação e do gasto social. **Comunicado Ipea n. 92**. Brasília: Ipea, 2011.

STARFIELD. B. Is primary care essential? **Lancet**. 1994, Oct. 22; 344(8930):1129-33.

STIGLITZ, J. **A austeridade estrangulou o Reino Unido.** Apenas o Partido Trabalhista poderá relegá-la à História. Tradução de Iago da Silva Caires. Publicado originalmente por The Guardian. Rio de Janeiro: Cebes, 2017.

STUCKLER, D; BASU, S. **A economia desumana**: porque mata a austeridade. Portugal: Bizâncio, 2014.

THE COMMONWEALTH FUND. **Anual Report 2014**. Disponível em: https://annualreport.commonwealthfund.org/2014/.

TUOHY, C. H.; FLOOD, C. M.; STABILE, M. How does private finance affect public health care systems? Marshaling the evidence from OECD Nations. **Journal of Health Politics, Policy and Law**, 2004, 29(3): 359-396.

UGÁ, M. A. D.; MARQUES, R. M. O Financiamento do SUS: Trajetória, contexto e

constrangimentos. *In*: LIMA, N. T.; GERSHMAN, S.; EDLER, F. C. (org.). **Saúde e Democracia:** história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2005: 93-233.

UGÁ, M. A. D.; SANTOS, I. S. S. Uma análise da equidade do financiamento do sistema de saúde brasileiro. **Relatório de Pesquisa**: Projeto "Justiça no Financiamento do Setor Saúde". Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, em parceria com Projeto Economia da Saúde/ Ministério da Saúde e DFID/Reino Unido. Rio de Janeiro, 2005.

VIEIRA, F. S. *et al*. **Políticas sociais e austeridade fiscal:** como as políticas sociais são afetadas pelo austericídio da agenda neoliberal no Brasil e no mundo. Rio de Janeiro, CEBES, 2018, 64 p.

WORLD BANK (WB). **A fair adjustment:** efficiency and equity of public spending in Brazil. Volume I: síntese (Portuguese). Washington, D.C.,

World Bank Group. Disponível em: http://documents.worldbank.org/curated/en/884871511196609355/Volume-I-síntese

WORLD HAPPINESS REPORT**.** 2016. Disponível em: http://worldhappiness.report/.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Declaration of Astana. **Global Conference on Primary Health Care**, Astana, Kazakhstan, October 2018. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf.

11. INVESTIMENTO SOCIAL E AUSTERIDADE FISCAL: DESAFIOS PARA O PLANEJAMENTO E A GESTÃO PÚBLICA

Claunara Schilling Mendonça[2]

INTRODUÇÃO

O financiamento do SUS teve sua origem com a PEC 169, de 1993 e somente no ano de 2000, com a EC nº 29, foram estabelecidos os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde e destinados aos demais entes federativos. E somente em 2012, com a Lei Complementar 141, foram definidas as ações e os serviços públicos de saúde (ASPS). No entanto, em 2016, em apenas 6 meses, foi aprovada a mais severa política de austeridade do mundo em nosso país. A sociedade brasileira, portanto, deve ser informada e mobilizada a fim de aumentar o valor extrínseco do sistema de saúde, aumentando o valor dado pelos usuários dos sistemas de saúde, estudantes da área da saúde e profissionais que atuam nos serviços; o valor intrínseco, por sua vez, deve ser medido pela eficiência, efetividade, viabilidade e equidade.

As crises econômicas e medidas de austeridade provocam, nos sistemas de saúde, piora do acesso e agrava a situação de saúde da população. A preservação de nossas políticas de proteção social, como nossos modelos de redes assistenciais

[2] Médica de Família e Comunidade. Professora Adjunta de Medicina de Família e Comunidade no Departamento de Medicina Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Docente do Mestrado Profissional em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS, do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Diretora do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde entre 2008 e 2010.

coordenadas pela atenção primária à saúde e a manutenção de transferências condicionadas de renda aos mais vulneráveis, são medidas importantes para a proteção da saúde da população e retomada do crescimento econômico.

VALORIZAÇÃO SOCIAL DOS SISTEMAS DE SAÚDE

Segundo Barbara Starfield, na abertura de seu clássico livro Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia, traduzido e publicado no Brasil em 2002,

> Todo Sistema de Saúde possui duas metas principais: a primeira é melhorar a saúde da população e a segunda é ser equânime na distribuição dos recursos, minimizando as disparidades entre subgrupos populacionais, de modo que determinados grupos não estejam em desvantagens sistemáticas em relação ao acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde (STARFIED, 2002).

O investimento de uma sociedade para a manutenção de seus sistemas de saúde deve estar relacionado ao "valor" social que essa sociedade dá a esse sistema de saúde. Conceituando valor como o "grau de utilidade ou atitude das coisas, para satisfazer as necessidades ou proporcionar bem-estar", somente cidadãos satisfeitos com os serviços que recebem defenderão um modelo público e aprovarão o financiamento necessário para sua manutenção (VICENTE, 2010).

O Sistema Único de Saúde, instituído pela Constituição Federal de 1988, traz um conceito ampliado de saúde e considera a saúde um direito humano e um dever do Estado em fornecê-la. Os princípios da universalidade, integralidade, descentralização e participação da comunidade representam a proposta política do SUS, assumindo a saúde como um direito universal, inerente à cidadania em uma sociedade democrática. Em que pese seu caráter universal, a existência do setor privado, tanto assegurador como prestador de serviços, mantido na legislação brasileira como complementar ao sistema público, criou um *mix* público privado complexo e uma cobertura suplementar e duplicada (SANTOS, 2008). Isso resultou num gasto público de 3,9% do PIB (União – 1,7%, estados – 1% e municípios – 1,2%), em 2014, enquanto a média dos países europeus com sistemas universais correspondeu a 8% (MENDES, 2016). Do ponto de vista da

determinação social da saúde, a forma como os serviços são ofertados também é um macrodeterminante e pode contribuir com a redução das iniquidades em saúde (MACKENBACH, 2003), particularmente quando a Atenção Primária à Saúde está explicitamente considerada (STARFIELD, 2005). Na maior parte dos países desenvolvidos, a equidade tem sido alcançada pela provisão de APS, mas não por serviços especializados (VAN DOORSLAER, 2007).

O subfinanciamento do SUS resulta da relação entre cidadãos e o Estado brasileiro, pois a oferta de consultas médicas e exames especializados, valorizados pela sociedade, são para um quarto da população brasileira, aproximadamente 47,3 milhões de beneficiários de planos privados de saúde (ANS, 2018), orientados à atenção subespecializada, cara e não equânime. Os outros 150 milhões de brasileiros acessam o SUS por meio de serviços de urgência e emergência e da atenção primária – Saúde da Família e atenção básica tradicional. A APS no Brasil, em que pese seus inúmeros avanços, na cobertura e no acesso aos serviços e na melhora dos indicadores de saúde (BASTOS, 2017), ainda não tem função real de centralidade no sistema de saúde. Tem financiamento insuficiente (15% do gasto federal em assistência), baixa resolutividade, baixa transferência vinda dos serviços hospitalares, poucas medidas de efetividade clínica, baixa colaboração e gestão conjunta de casos, com muitas necessidades de reformas pró-coordenação do cuidado (na equipe e entre os serviços secundários e terciários). Do ponto de vista da sua força de trabalho, apresenta baixa satisfação dos profissionais, o que piora com o incremento da demanda e da pressão assistencial num cenário de crise financeira. A redução da renda da população diminui a capacidade das famílias de pagamento direto do próprio bolso para compra de medicamentos e serviços de saúde com menor oferta e a perda da cobertura assistencial privada empresarial, garantida por seus empregadores, nos casos de perda do emprego, traz para o Sistema Único de Saúde uma população que espera receber serviços a partir da cultura das doenças e das especialidades médicas focais.

Autores têm apresentado formas de avaliar o valor dado pela sociedade aos sistemas de saúde, dividindo-os em valores intrínsecos e valores extrínsecos. O valor intrínseco é inerente ao próprio sistema de saúde, e o valor extrínseco é outorgado pelos demais, que, no caso da saúde, corresponde ao valor dado pela população em geral, pelos usuários dos sistemas de saúde, estudantes da área da saúde e profissionais que atuam nos serviços (VICENTE, 2010).

VALOR INTRÍNSECO DOS SISTEMAS DE SAÚDE

A avaliação dos valores intrínsecos dos sistemas de saúde é resultado do alcance de seus objetivos: melhorar a saúde da população e ser equânime na distribuição dos recursos (STARFIELD, 2002). Assim, a medida do impacto sobre a eficiência, efetividade, viabilidade e equidade resultaria em maior ou menor valorização intrínseca dos sistemas de saúde.

A eficiência macroeconômica e microeconômica pode ser medida pela forma de financiamento dos sistemas de saúde, pelo total de gastos com saúde, pela alocação dos recursos e sua eficiência produtiva, medida pela minimização do custo de oportunidade dos usuários, e pela maximização dos resultados na saúde e qualidade de vida deles. Há estudos que demonstram também o que torna os sistemas de saúde ineficientes, como é o caso da ausência de coordenação do cuidado na rede de serviços, causando fragmentação, redundância e ineficiência dos recursos gastos.

Dados do observatório da Associação Nacional dos Hospitais Privados (ANHP) no Brasil apontam que, em 2011, 54% da receita dos hospitais eram provenientes de insumos hospitalares – materiais hospitalares, medicamentos e gases medicinais. Em 2015, mais de 80% dos dispositivos médicos foram importados, e mais da metade dos produtores estava concentrada nos Estados Unidos da América.

O custo crescente nos sistemas de saúde, devido ao desproporcional crescimento das subespecialidades médicas e ao aumento subsequente na utilização da tecnologia biomédica, como a solicitação de exames, procedimentos e tratamentos, provoca outra medida de ineficiência que são os erros na alocação dos recursos. Gasta-se muito com intervenções de pouco custo-efetivo, por exemplo rastreamento de câncer de mama fora da faixa etária ou rastreamento de câncer de próstata, que causa mais danos que benefícios. E se gasta pouco com intervenções de maior custo-efetividade, como pré-natal, vacinas para pneumococo em idosos e hepatite B em adultos jovens, rastreamento de retinopatia diabética, que menos de 10% dos sabidamente diabéticos realizam anualmente, e tecnologias medicamentosas baratas e efetivas, como os betabloqueadores pós-infarto ou inibidores da enzima conversora da angiotensina na insuficiência cardíaca, segundo a *US National Library of Medicine* (http://www.nlm.nih.gov). E, além disso, os gastos com internações hospitalares sensíveis à atenção primária, como é

o caso das gastroenterites, pneumonias bacterianas e asma, na população menor de 20 anos, e insuficiência cardíaca, angina e doenças cerebrovasculares, entre adultos e idosos, representando 17,4% dos gastos com internações no SUS em 2013, aproximadamente 2 bilhões de reais (SOUZA, 2017).

Já a equidade deve ser medida pelo acesso aos bens e serviços e aos recursos do sistema de saúde, segundo as subpopulações de um país, por idade, gênero, classe social ou área geográfica. A questão da equidade é fundamental quando inserimos o conceito de austeridade fiscal, num país com tanta desigualdade social, como é o caso brasileiro. A riqueza de um país está linearmente associada à maior expectativa de vida, porém, uma vez superado um determinado limite de crescimento econômico, um crescimento adicional da riqueza não se traduz em melhorias significativas das condições de saúde. A partir desse nível, o fator mais importante para explicar a situação geral de saúde de um país não é sua riqueza total, mas a maneira como ela se distribui. E quando a riqueza dos países para de crescer, quanto tempo os gastos públicos para a saúde se mantêm "protegidos"? (SALTMAN, 2010).

O que acontece com o setor saúde quando a infraestrutura do estado do bem-estar social, sua força de trabalho, os salários, as aposentadorias e pensões e os impostos não são fiscalmente sustentáveis? Na década de 90, a resposta dos países europeus foi ampliação do tipo de provedores, incluindo privados, para serviços de atenção primária e atenção domiciliar, numa tentativa de redução da centralidade do hospital, aumentando a importância dos serviços ambulatoriais, redução de gastos hospitalares e ampliação da capacidade de resposta dos demais níveis. Após a crise econômica de 2008, as mudanças nos sistemas de saúde seguiram a dimensão econômica da austeridade, "como a política de ajuste fundada na redução dos gastos públicos e do papel do Estado em suas funções de indutor do crescimento econômico e promotor do bem-estar social" (ROSSI, 2017). E o resultado foi menor controle "democrático", com mais autonomia gerencial centralizada e menor decisão política direta, menor função sindical e empregos menos garantidos, mudanças nas regras de pagamento e trabalho intermitente, assim como uma equidade social reduzida com uma maior responsabilidade individual e menos coletiva.

No artigo Crise Financeira, Austeridade e Saúde na Europa (KARANIKOLOS, 2013), foram observados cortes contínuos nos salários e no financiamento de alguns serviços, na Grécia, em Portugal e na Irlanda, nos países da Europa

continental, cortes mínimos em salários e no financiamento de alguns serviços (MLADOVSKY, 2012). Os países nórdicos não tiveram cortes até a data do estudo (LEHTO, 2012) enquanto a Islândia, após um referendo, onde 93% da população rejeitou a TROIKA e o resgate dos bancos falidos, investiu em proteção social, com reinserção no trabalho, melhorou a dieta, com o consumo de peixes, produzidos no país e reduziu alimentos ultraprocessados e *fast-food*, manteve políticas restritivas em relação ao álcool, ao contrário da orientação do Fundo Monetário Internacional e mostrou que há alternativa à austeridade. Os Estados Unidos da América expandiram dramaticamente as despesas públicas com recursos de empréstimos, na ordem de US $ 2,6 trilhões em 10 anos, aumentando a cobertura assistencial, o acesso e ações preventivas (USA, Act 2010).

Os estudos das mudanças políticas no mundo pós-austeridade já ensinaram algumas lições sobre os efeitos das crises econômicas e das medidas de austeridade fiscal para a situação social, de saúde e para os sistemas de saúde. Segundo Isabel Santos, as lições principais são: 1) as crises econômicas podem agravar os problemas sociais e aumentar as desigualdades sociais; 2) as crises econômicas podem piorar a situação de saúde da população; 3) as medidas de austeridade fiscal que estabelecem a redução do gasto com programas de proteção social agravam os efeitos da crise sobre a situação de saúde, em particular, e as condições sociais, de forma mais geral; e 4) a preservação dos programas de proteção social é medida importante para proteção da saúde da população e para a retomada do crescimento econômico em prazo mais curto (SANTOS, 2018).

O Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde (www.health observatory.eu) aponta como desafio central dos sistemas de saúde pós-austeridade, a partir da demonstração de copagamentos mais elevados e compartilhamento de custos, inclusive entre os grupos de baixa renda, a capacidade dos cidadãos assumirem, em longo prazo, a solvência financeira do capital universal financiado pelo Estado aos sistemas de saúde. E sugerem que a próxima geração de políticas de saúde deva buscar um novo equilíbrio entre os serviços pagos publicamente e as obrigações individuais. Se a manutenção dos serviços e seu financiamento é uma responsabilidade coletiva ou individual e se o novo pacto social entre os cidadãos e o Estado vai ter base em "deveres individuais", com incentivos para mudanças de comportamento individuais "barateando" os serviços, resultando numa cobertura segmentada para diferentes grupos sociais conforme a renda, com diferentes abrangências de serviços ofertados. Ou, por outro lado, se os países

vão buscar a Cobertura Universal com sistemas públicos, capazes de distribuir equitativamente os recursos públicos de acordo com as necessidades da população, com financiamento com base tributária, sob controle e regulação governamental, ausência de copagamento e garantia de cuidado integral, com redes de atenção orientadas a serviços de atenção primária à saúde, contribuindo para a redução das iniquidades em saúde.

VALOR EXTRÍNSECO DOS SISTEMAS DE SAÚDE

O valor extrínseco é o valor dado pela população em geral, pelos usuários dos sistemas de saúde, pelos estudantes da área da saúde e pelos profissionais que atuam nos serviços. Estudo realizado pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), comparando o percentual de usuários e de trabalhadores que confiam nos sistemas de saúde, demonstrou que o Brasil tinha o menor grau de confiança. Eram apenas 35% dos trabalhadores da saúde e 20% dos usuários referindo confiar no sistema de saúde, incluídos os serviços públicos e privados (GUANAIS, 2014).

O Brasil tem uma clara ampliação do acesso às ações e aos serviços de saúde, explícita por inúmeros estudos relacionados à Estratégia Saúde da Família (ESF), conforme apontam Bastos (2017) e Macinko (2018), além dos resultados das Pesquisas Nacionais por Amostras de Domicílio (PNAD, 2008) e das pesquisas de indicadores de percepção social (IPEA, 2008). Essas pesquisas mostraram que 47,7% dos domicílios amostrados estavam cadastrados em Equipes de Saúde da Família. 56,8% da população referiam posto ou centro de saúde como local de acesso à atenção à saúde; e as pessoas com menor rendimento mensal médio foram as que mais procuraram esses serviços (77,2% das pessoas sem rendimento ou até ¼ do salário-mínimo).

Pesquisa realizada pelo IPEA, em 2010, revelou que o trabalho das equipes de Saúde da Família foi o serviço mais bem avaliado dentro do Sistema Único de Saúde. "A Saúde na opinião dos Brasileiros", pesquisa feita pelo CONASS e Ministério da Saúde, em 2003, mostrava que a saúde era a principal preocupação dos brasileiros, e a falta de médicos e filas para obtenção de consultas médicas era o principal motivo de insatisfação. Nessa pesquisa, 5,5% dos domicílios investigados estavam vinculados a serviços de APS (ESF); em 2011, a pesquisa

"Satisfação dos usuários do SUS quanto aos aspectos de acesso e qualidade percebida na atenção à saúde, mediante inquérito amostral", realizada pela Ouvidoria do SUS, do Ministério da Saúde, mostrou que 54,78% dos entrevistados estavam vinculados à ESF; 72% declararam-se satisfeitos, e 74% recomendariam o serviço a amigos e familiares. Porém, ao necessitarem de outros serviços, 30,36% não conseguiram exames; 34,87% não conseguiram consultas com especialistas; 27,21% não foram atendidos na urgência quando encaminhados; 24,36% não foram internados, quando encaminhados.

Na PNS 2013, 76,5% das pessoas estão muito satisfeitas com a atenção recebida pela ESF e 85,3% recomendariam o serviço a amigo/familiar. Do mesmo modo, 80,4% das pessoas estão satisfeitas com a atenção recebida nos serviços de urgências, e 82,6 % das pessoas estão satisfeitas com a atenção recebida durante uma internação hospitalar. Estudo que avaliou o acesso e a longitudinalidade medidos pelo PCATool, Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool Brasil), que identifica e mede o grau de orientação para a APS que um serviço possui, em todas as regiões do país, por usuários adultos que consultam na ESF, com diferentes médicos, brasileiros na ESF e cubanos do Programa Mais Médicos, mostrou um escore geral dos atributos da ESF de 6,8, considerado de qualidade, e o acesso obteve o menor escore, com 4,2. Já a longitudinalidade obteve o escore de 7,4. Entretanto, 29% dos entrevistados referiram dificuldade em conseguir atendimento com seu médico quando sente ser necessário e somente 7,5% das unidades avaliadas ficavam abertas em algum período noturno nos dias úteis (AGOSTINHO, 2017).

O Programa Mais Médicos, cujo objetivo foi resolver emergencialmente a provisão de médicos para a atenção primária no Brasil, tem dois outros objetivos que visam superar a escassez desses profissionais em médio e longo prazo e modificar o perfil de formação desses médicos. Em que pese as recentes orientações para referência de parâmetros de necessidades de médicos especialistas no Brasil que aponta um Médico de Família e Comunidade para 2.000 pessoas (BRASIL, 2015), o total de vagas de residência médica para essa especialidade no Brasil foi de 452 (5,7%) das 4.222 vagas em 2011 (CHAVES, 2013). Segundo Starfield e a OMS, o percentual de médicos especialistas para a APS deveria ser de 50 e 60%, respectivamente, em relação ao total de médicos nos sistemas de saúde. No Brasil, o número de médicos especialistas tem crescido nos últimos anos, pelo aumento de vagas nas residências médicas, mas, em 2017, os médicos sem

especialização ativos no Brasil representam 37,5% do total (SCHEFFER, 2018). Dos médicos com especialidade, os médicos de família e comunidade somam 5.486, 1,4% do total de títulos emitidos. Quando os médicos recém-formados são perguntados a respeito de inserção no trabalho, 80,2% desejam fazer residência e 79,2% tem no hospital o local que gostariam de trabalhar. Estudo não publicado dos professores Odalci Pustai e Roger dos Santos Rosa, analisando o currículo médico da Faculdade de Medicina da UFRGS, encontraram que somente 9,2% das atividades de ensino em serviços de saúde eram fora do hospital de ensino. Ou seja, os médicos recém-formados desejam trabalhar nos serviços para os quais são formados.

Por outro lado, ao somar os que pretendem trabalhar em Unidade Básica e na Estratégia Saúde da Família, neste mesmo estudo Demografia Médica no Brasil 2018, quase metade dos médicos responderam ter preferência por esses locais (47,7%). Dos profissionais que estão inseridos na atenção primária, muitos estudos constataram presença de síndrome de *burnout* e insatisfação no trabalho, relacionados com estrutura física inadequada, falta de recursos materiais e de valorização do trabalho, déficit salarial, problemas na gestão, jornada de trabalho excessiva, violência, sobrecarga de trabalho, excesso de demanda e burocracia (SORATTO, 2017). Por outro lado, a satisfação dos profissionais envolveu o reconhecimento do trabalho pelos usuários, o processo de trabalho em equipe e a estabilidade (MILANEZ, 2018).

AUSTERIDADE FISCAL: DESAFIOS PARA O PLANEJAMENTO E A GESTÃO PÚBLICA

O financiamento do SUS, cuja proposta foi apresentada por emenda à Constituição, que, para ser aprovada, deve ser discutida e votada em cada Casa do Congresso Nacional, em dois turnos, considerando-se aprovada caso obtenha em ambos 3/5 dos votos (308 deputados e 49 senadores), teve sua origem com a PEC 169, de 1993. Somente no ano de 2000, com a EC nº 29, foram estabelecidos os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde e destinados aos demais entes federativos. O objetivo era a progressiva redução das disparidades regionais, cujos critérios distributivos deveriam ser estabelecidos por lei complementar. Somente em 2012, com a Lei Complementar 141/2012, foram definidas

as ações e os serviços públicos de saúde (ASPS). Ou seja, 19 anos de um sistema de saúde que tem 30 anos de criação. Nesse período, o financiamento federal se deu por legislação infraconstitucional e se ampliaram os investimentos em saúde pelos estados e municípios, proporcionalmente, principalmente pelos municípios. Avaliação feita a partir dos dados do SIOPS mostrou que a distribuição do gasto em saúde por esfera de governo, entre 2000 e 2010 no país, aumentou 171% pelo nível federal, 369% pelos estados e 373% pelos municípios.

Comparando os "tempos" entre a garantia constitucional de financiamento de um sistema público de saúde e a proposta apresentada em 2016, de criar um teto de gastos públicos em saúde, apresentada à Câmara Legislativa no dia 15 de junho de 2016, teve sua aprovação no 1º turno, com 366 votos; no 2º turno, teve 359 votos; torna-se a PEC 55/2016 no Senado e tem a leitura do parecer do relator na CCJ onde ocorre a votação na CCJ, com aprovação no 1º turno, em 29 de novembro de 2016 e, no 2º turno, em 13 de dezembro de 2016. Sua promulgação ocorre em 14 de dezembro de 2016, ou seja, em 6 meses foi votada a mais severa política de austeridade da modernidade.

Essa proposta, juntamente com os depoimentos do Ministro da Saúde, Ricardo Barros, nesse mesmo período, de que "temos que chegar ao ponto do equilíbrio entre o que o Estado tem condições de suprir e o que o cidadão tem direito de receber"[1] e a "criação de um plano de saúde 'mais popular', com acesso a menos serviços do que a cobertura mínima obrigatória determinada pela ANS, mas também com menor custo ao consumidor"[2], demonstram que o Brasil abriu mão da proposta de um sistema universal, com financiamento progressivo, baseada em mecanismo de pré-pagamento para garantir a disponibilidade de serviços para todos e eliminar as barreiras financeiras de acesso. A cada ano, globalmente, 150 milhões de pessoas sofrem gastos catastróficos e 100 milhões de pessoas são empurradas para a pobreza devido a gastos com a saúde, o que ocorre quando os custos se elevam, e as pessoas optam por soluções mais baratas (SALMAN, 2010).

Em estudo que comparou os gastos catastróficos em saúde, que representam gastos maiores de 30% da renda mensal das famílias em países das Américas, com fontes de dados a partir de 2008, o Brasil ocupou a menor posição, com 2,2%

---

[1] Em 16 de maio de 2016, disponível em: http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/05/1771901-tamanho-do-sus-precisa-ser-revisto-diz-novo-ministro-da-saude.shtml.

[2] Entrevista em 06 jul. 2016, em: http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/07/1789101-ministro-da-saude-defende-plano-de-saude-mais-popular-para-aliviar-o-sus.shtml.

dos domicílios referindo gastos catastróficos (MACINKO *apud* KNAUL, 2011). Ao contrário das evidências de que é na crise financeira que os investimentos em políticas sociais são determinantes na redução de gastos na saúde, como já evidenciado nos estudos para o alcance dos objetivos do milênio, entre 1990 e 2015, 5% no crescimento econômico, reduziu 20% dos gastos em saúde, 2,5% de crescimento na educação feminina e no acesso à água e ao esgoto, reduziu 32% e 35 % de gastos em saúde, respectivamente, o Brasil optou pela redução de gastos e de intervenções combinadas para as populações mais vulneráveis. Guanais realizou estudo sobre os efeitos combinados da cobertura da Saúde da Família com a cobertura do programa de transferência condicionada de renda, o Programa Bolsa Família (PBF), entre 1998 e 2010, em 4.583 municípios brasileiros, sobre a mortalidade infantil pós-neonatal (MIPN). A redução das taxas de MIPN estava associada às maiores coberturas da SF e do PBF, mostrando a importância da combinação de intervenções nas populações mais vulneráveis.

Rasella e colaboradores avaliaram o efeito do PBF e da cobertura da SF nos municípios brasileiros e encontraram efeitos sinérgicos na redução da mortalidade em menores de 5 anos, particularmente nos óbitos atribuídos à baixa renda, como as doenças relacionadas à má nutrição e diarreia. O mesmo autor, estudioso do impacto das políticas sociais nos indicadores de saúde, realiza um estudo de simulação para medir o impacto da EC-95/2016. Ele verificou que esse congelamento de recursos, vinculado ao aumento da pobreza decorrente da crise econômica, resulta em um aumento da mortalidade de menores de 5 anos, em aproximadamente 20 mil crianças, mantidos os programas de austeridade (MACINKO *apud* RASELLA).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil, citado como o melhor exemplo da região das Américas na Conferência Global de Atenção Primária à Saúde de Astana em 2018, tem a oportunidade de cumprir com a nova declaração que refere em seu item terceiro ser "inaceitável do ponto de vista ético, social e econômico a persistência das disparidades nos resultados sanitários e a iniquidade em saúde". E pode continuar sendo protagonista da Atenção Primária à Saúde **para todos,** não deixando ninguém para trás, mobilizando, além do setor da saúde, esquemas de proteção social por meio

da adoção de saúde em todas as políticas (HiAP), a fim de abordar as questões estruturais que sustentam os adversos determinantes sociais da saúde. Estaremos vigilantes para assegurarmos o que já temos e para o tanto que ainda precisamos trilhar para alcançar saúde para todos.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Beneficiários de planos privados de saúde.** Disponível em: https://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais. Acesso em: 10 dez. 2018.

AGOSTINHO, M. A. **Avaliação comparativa multinível da qualidade da atenção primária à saúde no Brasil entre equipes da estratégia Saúde da Família participantes ou não do Programa Mais Médicos.** Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2017.

ANAHP. **Livro Branco** – Brasil Saúde 2015. Caderno Conceitual. 2014.

BASTOS, M. L. *et al.* The impact of the Brazilian family health strategy on selected primary care sensitive conditions: A systematic review. **PLoS One,** 2017, Aug. 7: 12(8):e0182336.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Série Parâmetros SUS** – Volume 1. Brasília, Ministério da Saúde, 2015.

CHAVES, H. L. *et al.* **V**agas para residência médica no Brasil: Onde estão e o que é avaliado. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 37 (4): 557-565; 2013.

GUANAIS, F. Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). CONASS Debate. **A crise contemporânea dos Sistemas de Saúde**, maio 2016, Brasília-DF.

GUANAIS, F. C. The combined effects of the expansion of primary health care and conditional cash transfers on infant mortality in Brazil, 1998-2010. **Am J Public Health**. 2013; 103(11): 2000-6.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA) **Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS-Saúde)**. Brasília (DF): Author, 2011.

KARANIKOLOS, M. *et al.*; Financial crisis, austerity, and health in Europe. **Lancet,** 2013, Apr. 13;381(9874):1323-31. Doi: 10.1016/S0140-6736(13)60102-6.

ARREOLA-ORNELAS, H. *et al.* Household catastrophic health expenditures: a comparative analysis of twelve Latin American and Caribbean Countries. **Salud Publica Mex,** 2011; 53(supl 2): s85-95.

LAZAROU, J.; POMERANZ, B. H.; COREY, P. N. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: a meta-analysis of prospective studies. **JAMA,** 1998, Apr. 15; 279(15): 1200-5.

TROYEN, A. B. *et al.*The Nature of Adverse Events in Hospitalized Patients. **The New England Journal of Medicine,** vol. 324, nº. 6.1991.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde Debate,** Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 1, p. 18-37, setembro 2018.

KARANIKOLOS, M. *et al.* Financial crisis, austerity, nd health in Europe.**The Lancet**, v. 381, April 13, 2013.

MENDES, A.; FUNCIA, F. O SUS e seu financiamento. *In*: MARQUES, R. M. *et al.* (org.). **Sistema de saúde no Brasil:** organização e financiamento, v. 1, Rio de Janeiro, Associação Brasileira de Economia da Saúde. Brasília, Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde, 2016, p. 139-68.

MILANEZ, T. C. M. *et al.* Satisfação e insatisfação na Estratégia Saúde da Família: potencialidades a serem exploradas, fragilidades a serem dirimidas. **Caderno Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 26(2): 184-190, abr.-jun., 2018.

MLADOVSKY, P. *et al.* Policy summary 5. **Health policy responses to the financial crisis in Europe**. Copenhagen: World Health Organization (on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies), 2012.

RASELLA, D. *et al.* Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide microsimulation study. **PLoS medicine,** 2018, 15(5): e1002570.

SALTMAN, R. B. Emory University. Brussels. **European Observatory on Health Systems and Policies.** Disponível em: www.healthobservatory.eu.

ROSSI, P. **Impactos da Austeridade Fiscal no Brasil**. Audiência Pública na Comissão de Direitos Humanos do Senado Federal. Brasília: Senado Federal, 2017.

SALMAN, R. WHO Centre Imperial College London. Ref.: 36/2010. **Public Insurance**: Providing Public Services. The 5th International Conference on Primary Care/Family Health"Primary Care: Now more than ever", Rio de Janeiro, 24-26 March 2010.

SANTOS, I. S.; VIEIRA, S. S. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. **Ciência Saúde Coletiva**, 23(7): 2303-2314, 2018.

SANTOS, I. S; UGÁ, M. A. O mix público-privado no Sistema de Saúde brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciência Saúde Coletiva,** 13(5): 1431-40, 2008.

SCHEFFER, M. *et al.* **Demografia Médica no Brasil 2018**. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018. 286 p.

SORATTO, J. *et al.*. Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na estratégia saúde da família. **Texto & Contexto Enferm**agem, 26(3): e2500016, 2017.

SOUZA, D. K de.; PEIXOTO, S. V. Estudo descritivo da evolução dos gastos com internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária no Brasil, 2000-2013. **Epidemiol. Serv. Saúde,** v. 26, n. 2, Brasília, abr./jun., 2017.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/ Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. **Contribution of primary care to health systems and health.The Milbank Quarterly**, 83: 457-502, 2005.

VAN DOORSLAER, E.; MASSERIA, C.; KOOLMAN, X. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. **J Epidemiol Community Health**, 2007, 61:1038-1041. Doi:10.1136/jech.2006.054627.

VICENTE, V. C. Presidenta de la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria e Vice-presidenta del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la salud. **Valorização Social e Política da APS na Espanha**. Em 5º Seminário Internacional de Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro, março de 2010.

VIEIRA, S. F. Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas? IPEA, **Nota Técnica nº 26**, Brasília, agosto de 2016.

12. ASPECTOS DESTACADOS PARA A ADEQUADA CONCRETIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NA VIA JUDICIAL

Clenio Jair Schulze[3]

INTRODUÇÃO

O direito à saúde expandiu-se consideravelmente nos últimos anos, talvez mais do que os outros Direitos Fundamentais. E a judicialização é um dos grandes fundamentos que ensejaram tal situação. Nesse sentido, já se caminha para um número que supera um milhão e quinhentos mil de processos judiciais relacionados ao direito à saúde (SCHULZE, 2018) e, mesmo assim, não se tem observado melhorias significativas no cotidiano dos cidadãos. Ou seja, a despeito do acesso ao Judiciário, as pessoas não estão, em linhas gerais, obtendo mais benefícios nas suas vidas.

O presente capítulo tem a finalidade de encontrar algumas explicações para este fenômeno – ou a pretensão de chegar próximo a algumas justificativas que levaram ao estado da arte. Para tanto, são objeto de consideração os processos judiciais em que se busca a obtenção de tecnologias ainda não incorporadas no Sistema Único de Saúde (SUS) e no rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

---

[3] Doutor e Mestre em Ciência Jurídica pela Universidade do Vale do Itajaí (Univali). Professor da Escola da Magistratura Federal de Santa Catarina ESMAFESC. Professor da Escola da Magistratura do Estado de Santa Catarina ESMESC. Professor da Escola da Magistratura do Trabalho de Santa Catarina (Amatra). Professor da Escola do Ministério Público de Santa Catarina. Juiz Federal da 4ª região, lotado na Subseção Judiciária de Brusque/SC. Foi juiz auxiliar da Presidência do Conselho Nacional de Justiça CNJ (2013/2).

Inicialmente, analisa-se o fenômeno da Judicialização da Saúde a partir da classificação dos casos difíceis, em que a solução não é fácil de encontrar, o que pode levar à judicialização do impossível, quando são postulados aos magistrados tratamentos que não apresentam resultados úteis ou satisfatórios, mas, mesmo assim, são veiculados com a expectativa de resolver o problema de saúde do autor da ação judicial.

Na continuação, aborda-se a influência dos laboratórios farmacêuticos na Judicialização da Saúde, para, então, fazer-se uma avaliação sobre a possibilidade de fixação de limites aos tratamentos experimentais. Também é analisado o fenômeno do conflito de interesses na área médica. Enfrenta-se a questão da oferta e da demanda, utilizando-se a Lei de Roemer como base de pesquisa. Além disso, comenta-se a influência da precificação das tecnologias na Judicialização da Saúde. E, por fim, investiga-se o instituto do *fórum shopping* na Judicialização da Saúde. Há inúmeros fatores que precisam ser considerados pelos magistrados durante o julgamento de processos judiciais, especialmente sobre a influência dos laboratórios farmacêuticos, os limites para os tratamentos experimentais, os conflitos de interesse e a precificação das tecnologias em Saúde. Tais questões precisam estar presentes na teoria da decisão judicial para qualificar o trabalho do Poder Judiciário e evitar provimentos não compatíveis com a Constituição. Nesse sentido, a hipótese indica que ainda é preciso avançar na qualificação da Judicialização da Saúde.

CASOS DIFÍCEIS

Não é fácil ser juiz em um país em que as pessoas acreditam que tudo pode acontecer. Muitas vezes, o cidadão brasileiro, quando vai ao Judiciário, pensa que o magistrado é um mágico que altera a natureza das coisas. O mais impressionante é que há juízes que também acreditam nesta premissa. A Judicialização da Saúde tem uma série de exemplos para comprovar isso. O caso da retinose pigmentar, resumidamente, demonstra tal situação, em que inexistia solução médica para o problema oftalmológico e mesmo assim o Supremo Tribunal Federal autorizou o tratamento no exterior (BRASIL, 2011).

Nos processos judiciais em que se busca um tratamento paliativo para as patologias, muitas vezes a judicialização do medicamento apenas vai amenizar o

sofrimento do doente – e/ou dos seus familiares – sem apresentar um resultado curativo. E, pior, o custo social é elevado para um resultado pouco satisfatório.

No plano processual, muitas vezes, sequer existe interesse jurídico para deflagrar a ação judicial, já que é indispensável, pela teoria processualística, comprovar que a pretensão é necessária e que vai trazer algum benefício em prol do autor da ação. Mas o que se deve fazer se a doença é rara e não há evidência científica sobre o tratamento? Indeferir a petição inicial ou permitir o prosseguimento da ação? Esta opção geralmente é a escolhida pelo Judiciário, em prol da maximização do direito à saúde, no qual se compreende a possibilidade de "tentar" tratamentos cientificamente não comprovados.

Mas qual é o custo disto para a sociedade? Não há como responder objetivamente tal pergunta. Seja porque não se poderia deixar desamparadas as pessoas com doenças raras, seja porque o Estado deve progredir nas pesquisas clínicas. De outro lado, o custo é extremamente alto para as pessoas. No aspecto individual, pois não tem a garantia de sucesso do tratamento. E, no plano social, porquanto a solidarização decorrente dos gastos com terapias sem comprovação científica são compartilhados com todos os cidadãos.

Por isso a tragédia dos comuns é lembrada frequentemente na Judicialização da Saúde. Vale dizer, enquanto alguns ganham com decisões favoráveis, outros ficam sem a cobertura prometida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) porque os recursos já foram utilizados por quem chegou primeiro. Em última análise, ganha quem for mais rápido.

É claro que essa interpretação não pode ser aplicada quando se trata de tratamentos já incorporados no Sistema de Saúde, pois seria surreal imaginar que há abuso na judicialização de algo que já foi disponibilizado gratuitamente a todos. Mas quando inexiste concessão do tratamento em nenhum outro país, porque o Brasil teria que reconhecer?

Estes são alguns dilemas que norteiam a Judicialização da Saúde e demonstram que os magistrados estão diariamente diante de casos difíceis (*hard cases*). Tais casos precisam de uma definição, pois há uma pessoa com uma patologia, há uma prescrição médica e um tratamento disponível (ainda que sem efetividade, eficácia e eficiência) em algum lugar do mundo. Para alguns, isso é suficiente para a procedência do pedido. Para outros, é preciso muito mais, como a comprovação do sucesso da providência buscada, com a demonstração de que o custo é suportável socialmente, sem provocar colapso no Sistema de

Saúde (que precisa ser compreendido em uma perspectiva mais ampla e não isoladamente).

Portanto, as escolhas trágicas são inerentes à Judicialização da Saúde. Além destes aspectos mencionados, também há vários outros fatores, conforme se passará a demonstrar.

A ATUAÇÃO DOS LABORATÓRIOS

Um aspecto importante no debate sobre a Judicialização da Saúde é o grau de influência dos laboratórios farmacêuticos. O alto número de processos judiciais também pode ter como responsável a indústria farmacêutica? Trata-se de uma pergunta difícil de responder. De qualquer forma, há fatos que ocorrem em decorrência da atuação – ou sua ausência – dos laboratórios. Por exemplo, o ente público – Município ou Estado da federação – lança um edital para adquirir determinado fármaco. Contudo, não houve nenhum laboratório interessado em participar da licitação. Por que isso acontece? Há pelo menos duas hipóteses: (a) o ente público não honra os pagamentos dos contratos com os laboratórios e isso justifica a licitação deserta; (b) a ausência de distribuição do medicamento pelo SUS enseja a sua busca na via judicial e aqui o preço do fármaco geralmente é mais alto do que aquele pago pelo Estado em uma regular licitação, trazendo um lucro bem maior para o laboratório.

Estas duas justificativas podem ser verídicas. Outro aspecto importante refere-se à concorrência havida entre os laboratórios, principalmente, no que toca aos fármacos de mesmo princípio ativo produzidos por mais de uma companhia. A relevância existe porque envolve, entre outros fatores, precificação dos produtos, segurança e eficácia, transparência e liberdade de mercado.

Assim, é interessante observar a discussão judicial existente na Itália, em que a Autoridade de Garantia da Concorrência e do Mercado (AGCM) aplicou multa à Roche e à Novartis no valor de 90,6 e 92 milhões de euros, respectivamente. Isso ocorreu baseado no fundamento de que os dois laboratórios celebraram acordo que "visava obter uma diferenciação artificial entre os medicamentos Avastin e Lucentis, manipulando a percepção dos riscos da utilização do Avastin em oftalmologia" (TJUE, 2018a). A potencial infração ao direito

da concorrência ocorreu no período compreendido entre 1º de junho de 2011 e 27 de fevereiro de 2014.

Em resumo, o acordo entre os dois laboratórios tinha por finalidade "reduzir as utilizações oftalmológicas do medicamento Avastin e a aumentar as do Lucentis" (TJUE, 2018b). Segundo a agência de concorrência (AGCM), a consequência é que tal atuação causou prejuízo de 45 milhões de euros aos cofres públicos italianos só no ano de 2012. É que "o Avastin e o Lucentis são, em todos os pontos, equivalentes para o tratamento de doenças oculares" (TJUE, 2018b).

No Brasil, também houve gigantesco aumento de prescrições do Lucentis, em detrimento do Avastin. Portanto, a discussão é importante não apenas na perspectiva da farmacovigilância, mas também porque envolve um aspecto financeiro, em que o Estado brasileiro (SUS) e os planos de saúde podem ter gasto muito mais recursos do que precisariam, a princípio, para os tratamentos oftalmológicos. Isto se confirma se for verdadeira a premissa seguida pelo Tribunal de Justiça da União Europeia, que considerou haver "uma relação concreta de substituibilidade entre o Lucentis e o Avastin" (TJUE, 2018b). Como se observa, a questão faz um alerta que pode influenciar a atuação dos: (a) médicos prescritores; (b) laboratórios; (c) entes públicos – SUS e; (d) planos de saúde.

HÁ LIMITES PARA OS TRATAMENTOS EXPERIMENTAIS?

Tratamentos experimentais são aqueles que não possuem evidência científica e comprovação do seu sucesso, razão pela qual são utilizados sem a segurança da obtenção de um resultado útil e positivo no quadro clínico da pessoa. Assim, questão interessante é saber se existem limites para os tratamentos experimentais, especialmente na perspectiva do Estado. Ou seja, os entes públicos são obrigados a promover e fomentar os tratamentos experimentais? Existe um direito fundamental à tentativa de submissão a qualquer tratamento?

O tema precisa ser observado a partir de dois pontos de vista. Em primeiro lugar, a interpretação jurídica do princípio da Dignidade da Pessoa Humana indica que há liberdade de atuação do cidadão na escolha das opções de tratamento existentes. A autonomia da vontade confere tal prerrogativa. Assim, se não houver necessidade de intervenção do Estado, as pessoas são livres para escolher

o caminho que se lhe aprouver. Não há, portanto, maior discussão na aludida situação. Contudo, o debate surge quando o cidadão postula perante o Estado – ou o plano de saúde – um tratamento que não está incorporado no SUS ou no rol de procedimentos da ANS.

A fosfoetalonamina é um bom exemplo de tratamento experimental. Em um primeiro momento, o Judiciário brasileiro, como regra geral, determinou ao Estado o fornecimento da pílula do câncer. O Supremo Tribunal Federal, contudo, no julgamento da medida cautelar da Ação Direito de Inconstitucionalidade 5501, suspendeu a eficácia da Lei 13.269/2016, que autorizava a entrega de tal substância química.

No exterior, há vários exemplos de tratamentos experimentais. Elina Barbosa relata dois casos ocorridos na Itália, em que o Judiciário determinou, entre 1997 e 1998, o fornecimento de multitratamento tumoral criado pelo médico Luigi di Bella, mas que, posteriormente, comprovou-se que apenas 0,8% dos pacientes obtiveram sucesso (BARBOSA, 2016). No caso Stamina, ainda em território italiano, no qual se fazia terapia com células-tronco (inclusive para esclerose lateral amiotrófica), também houve determinação judicial de custeio do tratamento pelo Estado, com ulterior revisão da posição pelo Judiciário, em razão da ausência de evidências científicas (BARBOSA, 2016).

A despeito das polêmicas que envolvem os tratamentos experimentais, o tema exige, necessariamente, a ponderação de vários aspectos, tais como:

1) o artigo 196 da Constituição brasileira determina a adoção de medidas para a melhoria do estado de saúde das pessoas;
2) as Ciências da Saúde não conseguem encontrar soluções científicas para todas as patologias;
3) em decorrência da segurança jurídica, o Estado – e os planos de saúde – não possuem a obrigação de custear, sem limites, qualquer tratamento médico;
4) o Estado deve atuar em favor da procura de novas curas, inclusive para as doenças raras;
5) deve haver um balanceamento entre o “direito à esperança” (ou direito de tentar) do cidadão e o dever estatal de fornecimento de substâncias não comprovadas cientificamente;

6) a concessão de tratamentos experimentais pode configurar potencial violação ao princípio da isonomia;
7) a teoria do custo dos direitos não autoriza a adoção de todo e qualquer tratamento;
8) na escolha trágica, o Estado pode limitar o fornecimento de tratamentos experimentais, em razão da escassez de recursos;
9) só há direito à saúde quando se tem o cumprimento de normas técnicas minimamente comprovadas no plano da ciência;
10) a pesquisa científica deve seguir padrões eticamente aceitáveis.

De qualquer forma, o tema é aberto e não possui uma posição pacífica. Enquanto, de um lado, há discussão sobre a real existência do direito ao tratamento experimental, de outro lado, é preciso deixar claro que cabe ao Estado adotar posições equilibradas, a fim de evitar excessos ou omissões nas questões relacionadas ao direito à saúde.

CONFLITO DE INTERESSES NA ÁREA DA SAÚDE

O controle da atuação dos profissionais na área da saúde é um grande desafio a ser enfrentando pelo sistema jurídico. Nesse sentido, é muito difícil saber se um médico prescreve um determinado medicamento apenas porque ele recebeu vantagens do laboratório que o produziu.

Segundo Gøtzsche (2016), representante do Centro Cochrane na Dinamarca, a indústria farmacêutica coopta com frequência os médicos com inúmeros prêmios (brindes, passagens aéreas, diárias em hotéis, bônus etc.) em troca de prescrições que indiquem os produtos do mesmo laboratório.

Afora a relação de natureza ética, um ponto importante do controle potencial de conflito de interesses é quando o medicamento ou componente médico prescrito não tem eficácia, segurança e efetividade no tratamento. Isso pode causar um problema ao paciente e, muitas vezes, um prejuízo social, já que pode envolver a dispensação da tecnologia pelo SUS.

Para evitar a prática, em alguns países, foi criado um grupo chamado Médicos sem Marca, em que os profissionais se declaram publicamente sem

nenhum conflito de interesse, registrando isso na rede mundial de computadores: "*MÉDICOS SIN MARCA es una agrupación chilena de médicos que busca promover un ejercicio clínico responsable, basado en evidencia y libre de las influencias de la propaganda y los incentivos provenientes de la industria farmacéutica y de dispositivos médicos.*" [4]

Exemplo interessante de combate ao conflito de interesses é a Lei 22.440, de 21 de dezembro de 2016, do Estado de Minas Gerais, que instituiu obrigação para a indústria de tecnologias em saúde de declarar todas as suas relações com profissionais de saúde. Para tanto, a indústria deverá publicar anualmente, em site próprio[5], todos os pagamentos, com a finalidade, o valor e o nome do destinatário dos benefícios recebidos (BRASIL, 2016).

Tal procedimento permitirá: maior controle e transparência na atuação dos médicos; mais segurança à população; potencial racionalização dos gastos; redução da Judicialização da Saúde. Como se observa, a vigilância das profissões é necessária para trazer mais garantias aos cidadãos, principalmente no que toca ao fortalecimento do direito à saúde e à produção da sadia qualidade de vida.

A LEI DE ROEMER E O DIREITO À SAÚDE

Uma das grandes questões que norteiam o direito à saúde é a escassez dos recursos financeiros e técnicos que dificultam, muitas vezes, encontrar-se a melhor reposta para os problemas. Neste ponto, Milton Roemer possui interessante reflexão sobre os custos de oportunidade no uso dos recursos disponíveis.

Ao analisar o número de leitos em hospitais, Roemer assentou que se há disponibilidade, os leitos serão ocupados. A Lei de Roemer afirma: "se há leitos hospitalares disponíveis, eles tendem a ser usados, independentemente das necessidades da população" (*apud* MENDES, 2011, p. 358). Por outras palavras, sempre haverá escassez de leitos, já que a "capacidade instalada determina o uso" (ROEMER, 1993).

A Lei de Roemer, como se observa, traz grande problema aos gestores em saúde. "Uma forma eficaz de se contrapor à Lei de Roemer é utilizar mecanismos de pagamento aos prestadores de serviços que desincentivem a sobreprestação de serviços

---

4 Disponível em: http://www.medicossinmarca.cl/. Acesso em: 21 dez. 2017. Chile [http://www.medicossinmarca.cl/]; Colômbia [https://medicossinmarca.co/] etc.

5 http://declarasus.saude.mg.gov.br/

hospitalares. Por exemplo, o pagamento por capitação de um pacote de serviços que inclua as internações hospitalares ou o pagamento por orçamento global para os hospitais, certamente, anulam os efeitos da Lei de Roemer" (MENDES, 2011, p. 358-359).

Mas tal perspectiva não se aplica apenas ao número de leitos. Certamente o número de consultas e de cirurgias também varia de acordo com a quantidade de médicos e de cirurgiões. Como se observa, a Lei de Roemer é importante para que os agentes do Sistema de Justiça compreendam adequadamente o fenômeno da Judicialização da Saúde. Vale dizer, não é apenas a quantidade (leitos, médicos, equipamentos etc) que deve ser analisada. É necessário investigar, inclusive nos processos judiciais – antes de uma decisão –, se o gestor já fez avaliação sobre o uso dos recursos disponíveis e se existe efetivamente uma demanda reprimida. Ou seja, a despeito da dificuldade de gestão dos sistemas de atenção à saúde, é preciso investigar se haverá indução de demanda pela oferta. Cabe, portanto, avaliação sistêmica da questão, a fim de evitar decisões equivocadas sobre o direito à saúde.

PRECIFICAÇÃO DAS TECNOLOGIAS EM SAÚDE

Outro ponto que influencia a Judicialização trata da definição do preço de mercado das tecnologias em saúde. No Brasil, após o registro da Anvisa, cabe à Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED) definir o preço máximo de venda dos medicamentos e tecnologias em saúde. Segundo prevê o Decreto nº 4.766/2003, a CMED tem por finalidade "a adoção, implementação e coordenação de atividades relativas à regulação econômica do mercado de medicamentos, voltados a promover a assistência farmacêutica à população, por meio de mecanismos que estimulem a oferta de medicamentos e a competitividade do setor".

Assim, no ciclo de vidas das tecnologias em saúde, o caminho a ser seguido após o registro da Anvisa é a solicitação de preço na CMED. Apenas posteriormente é que se pode encaminhar pedido para análise da CONITEC, que faz estudo sobre a possibilidade de incorporação no SUS. Contudo, não é incomum encontrar-se a judicialização de medicamentos sem preço fixado pela CMED, causando insegurança aos entes públicos, diante da inexistência, neste caso, de parâmetro do seu custo. Por esta razão, é a própria indústria farmacêutica que

define livremente seu preço, sem possibilidade de controle objetivo pelos entes públicos e pelo próprio Poder Judiciário.

Um caso interessante é do Eculizumabe (SCHULZE, 2017), medicamento indicado para tratar Hemoglobinúria Paroxística Noturna (HPN), patologia que afeta o sistema sanguíneo, que foi judicializado por quase uma década sem haver registro na Anvisa e sem ter precificação pela CMED. Isso o tornou o medicamento que trouxe um dos maiores custos para os entes públicos no âmbito da Judicialização da Saúde.

Em 2017, contudo, houve o registro (março) e também a precificação (outubro). Estabeleceu-se que o preço máximo de venda para o SUS será de R$ 11.942,60 (BRASIL, 2018b). Tal caso demonstra como é importante a atuação coordenada dos órgãos públicos para equilibrar os custos decorrentes da concretização do direito à saúde, evitando excessos e perdas aos cofres públicos. Isso, entretanto, nem sempre é possível por fatores externos, tal como a atuação isolada da indústria farmacêutica, destinada, muitas vezes, apenas à satisfação dos seus interesses financeiros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipótese que ensejou a presente pesquisa e a produção deste capítulo foi confirmada. Nesse sentido, há várias medidas que podem ser adotadas para qualificar a Judicialização da Saúde no Brasil. Podem ser destacados os seguintes temas que precisam ser incorporados na análise dos processos judiciais: a influência e a atuação dos laboratórios farmacêuticos; os limites para os tratamentos experimentais; os conflitos de interesse; e a precificação das tecnologias em saúde.

Além disso, é importante avaliar se os tratamentos objeto de pedidos judiciais também materializam alto nível de evidência científica e se possuem um resultado útil. Tais medidas, resumidamente, podem contribuir para a construção de uma teoria da decisão judicial mais adequada aos preceitos da Constituição do Brasil e, principalmente, compatíveis com o Direito Fundamental à Saúde. De um lado, minimizam-se os efeitos não desejados decorrentes de decisões condenatórias, em razão do alto custo dos tratamentos ou até mesmo da impossibilidade fática de cumprimento do provimento judicial. De outro lado, evita-se

a improcedência de pedidos materializados na exata compreensão do Direito à Saúde e dentro dos limites da capacidade do Estado.

Dessa forma, cabe aos entes públicos, inclusive do Sistema de Justiça, e aos particulares em geral, exigir o cumprimento da legislação, a fim de permitir a observância na noção de sustentabilidade na área da saúde. É isso que se pretende para conferir maior segurança e saúde às pessoas, de modo a garantir mais qualidade de vida e benefícios à sociedade.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, E. M. Right to try? Fosfoetanolamina, Di Bella e Stamina: uma análise ítalo-brasileira. **Revista de Direito Sanitário**. São Paulo, v.17, n. 2, p. 66-92, jul./out. 2016, p. 77.

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/rss/-/asset_publisher/Zk4q6UQCj9Pn/content/id/3671206. Acesso em: 27 fev. 2018.

BRASIL. Estado de Minas Gerais. **Lei 22440**, de 21 de dezembro de 2016. Dispõe sobre a obrigatoriedade de as indústrias de medicamentos, órteses, próteses, equipamentos e implantes declararem as relações com profissionais de saúde, de qualquer natureza, que configurem potenciais conflitos de interesses. Disponível em: https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=334100. Acesso em: 22 maio 2018.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário 368564**. Relator Ministro Meneses Direito. Julgamento 13 abr. 2011.

GØTZSCHE, P. **Medicamentos mortais e crime organizado**: como a indústria farmacêutica corrompeu a assistência médica. Tradução Ananyr Porto Fajardo. Porto Alegre: Bookman, 2016.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

ROEMER, M. **National health systems of the world**: the issues. New York, Oxford University Press, Volume Two, 1993.

SCHULZE, C. J. Números atualizados da Judicialização da Saúde no Brasil. **Revista Empório do Direito**. 11 Set. 2017. Disponível em: http://emporiododireito.com.br/leitura/numeros-atualizados-da-judicializacao-da-saude-no-brasil-por-clenio-jair-schulze. Acesso em: 27 fev. 2018.

SCHULZE, C. J. O medicamento mais caro do mundo. **Revista Empório do Direito.** 06 fev. 2017. Disponível em: http://emporiododireito.com.br/backup/o-medicamento-mais-caro-do-mundo/. Acesso em: 12 maio 2018.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA UNIÃO EUROPEIA (TJUE). **Comunicado de Imprensa n.° 6/18**. Acórdão no processo C-179/16. Luxemburgo, 23 de janeiro de 2018. Disponível em: https://curia.europa.eu/jcms/upload/docs/application/

pdf/2018-01/cp180006pt.pdf. Acesso em: 24 jan. 2018.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA UNIÃO EUROPEIA (TJUE). **Processo C-179/16**. Decisão de 23/01/2018. Luxemburgo. Acórdão disponível em: http://curia.europa.eu/juris/documents.jsf?num=C-179/16. Acesso em: 24 jan. 2018.

PARTE 4 –

SAÚDE E AMBIENTE

13. AS INTER-RELAÇÕES SAÚDE-TRABALHO-AMBIENTE: CONFLITOS E DESAFIOS

Raquel Maria Rigotto[1]

INTRODUÇÃO

Os povos do campo guardam sementes e luzes de futuro para a humanidade. Como a saúde está relacionada com o trabalho e com o ambiente? Como essas relações se situam no modelo de desenvolvimento que está em curso no Brasil? E que questões essa reflexão levanta para o trabalho da docência e da pesquisa para a formação dos profissionais de saúde?

O capítulo está sistematizado em quatro eixos, que nos ajudarão na reflexão a que nos propomos: i) desafios para a humanidade no contexto da crise civilizatória e planetária; ii) desafios para os países do Sul Global, no sentido do colonialismo, do capitalismo, da divisão internacional do trabalho e da natureza; iii) desafios para o SUS neste momento de avanço dos empreendimentos agrícolas e minerais sobre os territórios de vida dos povos e comunidades tradicionais; iv) desafios para a formação dos profissionais de saúde: ciência moderna, universidade e saúde coletiva.

---

[1] Doutora em Sociologia. Professora titular do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará. Conselheira Titular do Conselho Nacional de Saúde. Participa do GT Saúde e Ambiente da Associação Brasileira de Sáude Coletiva (Abrasco). De 2015-2018, fez parte do Conselho Deliberativo da Abrasco. Membro da Rede Brasileira de Justiça Ambiental.

DESAFIOS PARA A HUMANIDADE NO CONTEXTO DA CRISE CIVILIZATÓRIA E PLANETÁRIA

O campo da saúde coletiva, genuinamente latino-americano, tem em suas bases o conceito de processo saúde-doença, "determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza em dado momento, apropriação esta que se realiza por meio do processo de trabalho, baseado em determinado grau de desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção" (LAURELL, 1982, p. 23). A relação sociedade-natureza está colocada com centralidade na determinação do processo saúde-doença e se reconhece que essa apropriação que fazemos da natureza acontece através do processo de trabalho. O trabalho também tem uma enorme importância, entendido como uma categoria a qual envolve essa relação de transformação que os seres humanos exercem sobre a natureza, baseada num certo grau de desenvolvimento das forças produtivas. O que é intensamente atual, tendo em vista a importância das inovações tecnológicas no desenho dessa relação sociedade-natureza, dos processos produtivos e das relações sociais de produção.

E buscando compreender essa relação sociedade-natureza podemos pensar na crise civilizatória e planetária que vivemos nos dias atuais. Mészáros (2006) vai chamar a atenção para o encontro de crises: ambiental, energética, alimentar, do Estado, da política, da economia, em magnitudes até então desconhecidas na história humana. Bem como o reconhecimento de que seus fatores determinantes estão cada vez mais complexamente articulados, o que tem nos levado a enunciar e reconhecer que estamos diante de uma crise civilizatória. É difícil falar de saúde sem pensar na economia. É difícil falar de trabalho sem pensar na natureza. Está tudo muito imbricado.

Neste cenário de profundas desigualdades, o futuro nos acena com a possibilidade da barbárie, na compreensão de Isabelle Stengers (2015). Relatório publicado com base em dados do Banco de Créditos da Suíça aponta que as 85 pessoas mais ricas do mundo são donas do equivalente ao que a metade da população mais pobre do planeta possui. Entre março de 2013 e março de 2014, essas 85 pessoas aumentaram suas riquezas em 668 milhões de dólares diariamente. Segundo Lander (2016), a expectativa de vida ao nascer nos países "desenvolvidos", em 2011, era de 78 anos, enquanto na África subsaariana era de 55 anos. A

mortalidade infantil (menores de 5 anos) nos países "desenvolvidos" era de oito para cada mil nascidos vivos; na África subsaariana, 121, ou seja, 15 vezes superior. Em 2005, o número de pessoas submetidas a trabalho forçado em todo o mundo, incluindo as formas contemporâneas de escravidão, chegava a 12,3 milhões – um total de 1,32 milhão corresponde à América Latina. Nos Estados Unidos, a renda familiar média de 90% da população se manteve constante durante os últimos 40 anos. Todo o aumento da riqueza nacional, desde 1970, tem ficado nas mãos dos 10% mais ricos da população. Em 2009, nos EUA, a riqueza média dos lares "brancos" era 20 vezes superior à dos lares "negros" e 18 vezes superior à dos lares "hispânicos" (LANDER, 2016).

Em termos da crise ecossistêmica global, os cientistas desse campo desenvolveram nove indicadores para monitorar a crise planetária, com elementos essenciais para manter a estabilidade do ecossistema global. Desses nove indicadores, em 2014, três deles já haviam sido ultrapassados. 1) Clima: a concentração atmosférica de CO2 não deveria ter ultrapassado 350 partes por milhão e beira os 400 ppm na média anual (em 9 de maio de 2013, os instrumentos do observatório de Mauna Loa registraram, pela primeira vez desde que as medidas se iniciaram, uma média diária de concentração de dióxido de carbono (CO2) acima de 400 partes por milhão não há registro na história de convivência da Vida com esse nível de contaminação). 2) Ciclo do Nitrogênio: a remoção da atmosfera não deveria ter ultrapassado 35 milhões de toneladas e já chega a 121 milhões. 3) Taxa de extinção de espécies: pelo menos 10 vezes maior do que a suportada pelo ecossistema global e de 100 a 1000 vezes maior do que a do período pré-industrial (COSTA, 2014, p.1). Há, inclusive, estudiosos em climatologia que afirmam que a maior ameaça à vida humana no planeta virá pela segurança alimentar, tendo em vista a extinção de espécies que são a base da cadeia alimentar humana. E boa parte dessas espécies em extinção são marítimas.

Pelo menos outros dois limites se encontram muito próximos de serem ultrapassados: fósforo, cuja quantidade fluindo para os mares já é cerca de 80% do valor "permitido"; e o nível de acidez dos oceanos do planeta, o que tem a ver com o modelo agrícola desenvolvido, baseado em fertilizantes químicos (fósforo, nitrogênio e potássio), o qual afeta os seres dos oceanos que possuem exoesqueleto.

A situação de outros dois indicadores está longe de ser confortável: 1) Água: avalia-se que dois terços da água doce globalmente disponível já esteja comprometida com atividades humanas, principalmente, com agropecuária e processos industriais e de geração de energia, além do uso doméstico, visto que o consumo de água doce no nosso modelo de desenvolvimento é muito intensivo. Nós nos encontramos à beira de uma crise hídrica. O Nordeste está em colapso hídrico. No Ceará, o maior açude, o Castanhão, está com 3% de seu volume, o que é considerado um volume morto. Há seis anos a população cearense está em regime de estiagem prolongada. 2) Ozônio: a concentração de ozônio na atmosfera se encontra bastante alterada. Não pode cair em mais do que 2,4% e já ultrapassamos os três quartos na proporção de ocupação das terras continentais (COSTA, 2014, p. 4).

Tais expressões da crise planetária estão relacionadas essencialmente com os processos industriais, a combustão de combustíveis fósseis e queimadas, a decomposição de fertilizantes e outros agroquímicos nitrogenados, além das atividades agropecuárias. Associam-se também aos processos de urbanização. Há um século, duas em cada dez pessoas habitavam em zonas urbanas; em 2010, esta proporção já ultrapassa os 50%. A massiva maioria dos cientistas do clima reconhece a origem antropogênica desses fenômenos, e alguns deles vêm inclusive propondo que, se a humanidade "(ou mais precisamente o capital) tem pressionado o ecossistema global com uma força de escala geológica", então que se caracterize o presente como Antropoceno, pondo fim ao Holoceno que, com seus 10.000 anos de estabilidade climática, permitiu o florescimento da humanidade no Planeta (COSTA, 2014, p. 4).

Cumpre ressaltar que "a humanidade" não participa de forma homogênea neste processo: as responsabilidades são desiguais em sua geração, e os agentes político-econômicos respondem pela grande maioria delas: "somente 4 companhias – Chevron, Shell, Exxon e BP são responsáveis por uma em cada 30 moléculas de CO2 na atmosfera" (COSTA, 2014, p. 10). Estes agentes encetaram um modo de produção e consumo em que, se a humanidade fosse composta por habitantes médios da Indonésia, por exemplo, demandaria dois terços da biocapacidade da Terra, enquanto seriam necessários quatro planetas para se sustentar 7 bilhões de estadunidenses médios (WWF, 2012). Mais que isso, a resposta enunciada por estes agentes capitalistas globais e seus economistas repete sua lógica e se volta

para fazer destes supostos "efeitos colaterais" mais uma nova fonte de lucro, como têm demonstrado as propostas e acordos mundiais em torno da presunçosamente nomeada "economia verde".

Por outro lado, também é desigual a distribuição social dos impactos deste modelo de relação sociedade-natureza. Por exemplo, os eventos climáticos extremos – furacões, estiagens longas, tempestades, enchentes caudalosas, ressacas, geadas, vendavais e problemas como erosão do solo, desertificação e desmatamento – afetam principalmente as populações mais pobres dos países em desenvolvimento, configurando o que movimentos sociais denominaram "injustiça climática". No período 2000-2012, mais de 200 milhões de pessoas, sobretudo dos países em desenvolvimento, foram atingidas por catástrofes naturais, em especial inundações e secas. No Brasil, a região Nordeste sofrerá as maiores consequências, com aumentos de temperatura entre 2ºC e 4ºC, redução de precipitações e um clima entre 15 e 20% mais seco, segundo o Relatório do Clima do Inpe, levando ao deslocamento de cerca de 250.00 nordestinos (as)[2]. Este cenário desolador é o resultado do "desenvolvimento", significação imaginária social que há seis séculos insiste que o crescimento ilimitado da produção e das forças produtivas é o objetivo central da sociedade humana (CASTORIADIS, 1976; RIGOTTO, 2004). Este cenário desolador é, em si, o desenvolvimento para aqueles e aquelas que não são os detentores do capital e seus aliados. O modo de produção capitalista alimenta-se da exploração do trabalho humano e da expropriação da natureza para atender à sua necessidade incessante de crescimento e acumulação. Mais que isto, o atual sistema capitalista não pode regular, muito menos superar, as crises que deflagrou. Ele não pode resolver a crise ecológica porque fazê-lo implica colocar limites ao processo de acumulação – uma opção inaceitável para um sistema baseado na regra "cresça ou morra" (LOWY, 2005, p. 86).

Longe da realização de seus discursos de bem-estar para a humanidade, presenciamos a crise de proporções globais "da própria civilização do capital, de sua lógica econômica, de seu modelo de desenvolvimento, de seu modo de vida e de seus valores" (MELO e MARQUES, 2014, p. 66). Uma crise que atinge também a dimensão ético-cultural, a qual toca o cerne do sentido humano do mundo que construímos na modernidade e que nos trouxe às portas da barbárie.

---

[2] Estes dados estão disponíveis em: https://www.socioambiental.org.

COLONIALISMO, CAPITALISMO E A DIVISÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO E DA NATUREZA

É preciso pensar nos desafios deste contexto para os países do Sul Global, tendo em vista nossa situação diferenciada dentro do planeta. As grandes corporações econômicas e suas organizações, como a OCDE, regem, hoje, uma divisão internacional não só do trabalho, mas também da natureza (CORONIL, 2005). Para nós, do Sul Global, abaixo do Equador, incluindo partes da Ásia, além da América Latina e África, o que está sendo destinado enquanto possibilidade de inserção na economia global é a produção de *commodities* agrícolas e minerais. Toda aquela ideia de desenvolvimento nacional via industrialização, que cultivamos em alguns períodos de desenvolvimento do Brasil no século XX, ainda no final deste se volta para esta encomenda feita, colocando no mercado global soja, cana, milho, carne de boi, carne de frango, celulose, frutas, camarão e minérios. Essa é a parte que nos foi autorizada para participar do comércio mundial. Isso é também uma divisão internacional da natureza, porque isso tudo é plantado, os minérios extraídos do subsolo, a biodiversidade, a fecundidade dos nossos solos etc, tudo está intrinsecamente relacionado. Então há uma dimensão de injustiça global daquilo que tem sido imposto ao Sul Global enquanto divisão internacional do trabalho. O modelo de desenvolvimento dos países da América Latina nas últimas décadas é a mesma cartilha, das *commodities* agrícolas e das *commodities* minerais.

O modelo neoextrativista de desenvolvimento tem as seguintes características: especialização na produção de commodities minerais e agrícolas – agronegócio e mineração; expansão das fronteiras geopolíticas destes empreendimentos para territórios apresentados como "vazios", "improdutivos" ou "atrasados", a despeito de sua diversidade étnica, biológica e de modos de vida; grande porte dos projetos/investimento de capitais – atividades capital-intensivas e não trabalho-intensivas; atores são as grandes corporações transnacionais (concentração econômica); expansão da exploração de recursos energéticos – petróleo, gás + xisto, lítio, nióbio (GUDYNAS, 2012; SVAMPA, 2011).

Esses empreendimentos agrícolas e minerais se expandem, normalmente, sobre espaços considerados improdutivos ou como vazios geográficos, mas que, na verdade, são os espaços de vida de indígenas, de quilombolas, de ribeirinhos,

de faxinalenses, de geraizeiros, de fundos de pasto, que tiram dali sua vida, têm sua cultura estruturada a partir daquele ecossistema. Assim, estão perdendo suas terras, suas origens e suas raízes. O Estado tem um papel muito importante na viabilização deste modelo de desenvolvimento, pois vai oferecer infraestrutura em termos de estradas, rodovias, hidrovias, portos, aeroportos, energia elétrica etc. Por exemplo, o caso de Belosan, no Xingú, em que havia denúncias há tantos anos de que Hidrelétrica de Belo Monte se voltava a fornecer energia para exploração de ouro naquela região. E agora isso está muito claro, pois está em licenciamento ambiental uma mineradora de ouro canadense. E é por isso que a categoria de conflitos ambientais tem ganhado uma importância tão grande na América Latina como um todo. Entendemos por conflitos socioambientais aqueles ligados ao acesso, à conservação e ao controle dos recursos naturais, que supõem, por parte dos atores confrontados, interesses e valores divergentes, em um contexto de assimetria de poder. As linguagens de valoração divergentes em relação aos recursos naturais se referem ao território (compartilhado ou a intervir) e, de maneira mais geral, ao meio ambiente, em relação à necessidade de sua preservação ou proteção. Enfim, tais conflitos expressam diferentes concepções sobre a natureza e, em última instância, manifestam uma disputa sobre o que se entende por "desenvolvimento". Em razão disso, a análise dos conflitos socioambientais é uma janela privilegiada para abarcar duas questões tão imbricadas, tão complexas e tão intimamente associadas, como são na atualidade o desenvolvimento e o meio ambiente (SVAMPA, 2016, p. 143).

É notória, por exemplo, a expansão do agronegócio e da mineração no Nordeste, com o discurso de que é o desenvolvimento que está chegando, de forma a compensar as desigualdades regionais. É um desenvolvimento que se anuncia, legitimado pelo discurso de geração de emprego e da geração de impostos. Na maioria das vezes, isso não se constitui como um quadro efetivo, e os conflitos se acirram enormemente, quando comunidades e povos tradicionais disputam suas terras, seu território, seu modo de vida, o ecossistema que dá a base à sua vida com o agronegócio, as mineradoras e com o próprio Estado. Os movimentos sociais nos Estados Unidos, especialmente os negros, criaram o conceito de "injustiça ambiental". Academicamente, pode-se falar também em desigualdade ambiental (CBPDA, 2012).

O ponto central é que se começou a perceber que os bairros negros tinham condições ambientais muito mais degradadas do que os bairros de brancos. A partir de contatos com igrejas e destas com universidades, foram feitos estudos que, através de superposição de vários indicadores em mapeamento como de lixo e de poluição do ar, entre outros, comprovaram a situação. Em bairros negros, a diferença foi alarmante. Criou-se o conceito de racismo ambiental. Entretanto, houve a avaliação de que em bairros de latino-americanos e mexicanos também era assim. Percebeu-se, então, um recorte de classe, de raça, de gênero, de geração. Isso tudo está incorporado no conceito de injustiça ambiental.

Entendemos por injustiça ambiental o mecanismo pelo qual sociedades desiguais, do ponto de vista econômico e social, destinam a maior carga dos danos ambientais do desenvolvimento às populações de baixa renda, aos grupos raciais discriminados, aos povos étnicos tradicionais, aos bairros operários, às populações marginalizadas e vulneráveis (RBJA, 2001).

Esse conceito denuncia o acesso desigual aos bens comuns e recursos naturais, a distribuição desigual dos benefícios do desenvolvimento, a destinação da maior carga dos danos ambientais do desenvolvimento aos trabalhadores de baixa renda, grupos sociais discriminados, povos étnicos tradicionais, populações marginalizadas nas periferias das grandes cidades e a exclusão da participação nos processos de tomada de decisão e de elaboração, desenvolvimento e implantação de políticas públicas (ACSELRAD, HERCULANO e PÁDUA, 2004).

Temos o exemplo da Comunidade do Cumbe[3], que fica no município de Aracati, no Ceará. Essa comunidade está se reconhecendo atualmente como quilombo. Eles viviam ali muito bem, entre dunas, o rio Jaguaribe e o mar. As atividades de pesca, os homens no mar e as mulheres na mariscagem, camarões fresquíssimos e maravilhosos. Até que chegou ali um empreendimento de cultivo de camarão em cativeiro, a carcinicultura, e modificou completamente a comunidade. É claro que isso influencia no processo saúde-doença, na felicidade, nos direitos territoriais. Jamais alguém perguntou a essa comunidade se queria essa destruição. Uma profunda relação com o território que um povo tradicional tem e que é violentamente interrompida por um projeto que sai do gabinete do governador em conchavo com alguns agentes econômicos, excluindo esses povos da participação e da tomada de decisão.

---

[3] Cumbe significa quilombo.

DESAFIOS AO SUS NO MOMENTO DE "DESENVOLVIMENTO" OU AVANÇO DOS EMPREENDIMENTOS AGRÍCOLAS E MINERAIS SOBRE OS TERRITÓRIOS DE VIDA

A partir deste quadro de crise civilizatória e planetária, do processo de colonização do Sul Global e de extração de nossas riquezas e das nossas culturas, como podemos situar o SUS? Podemos pensar, num plano territorial, que um processo produtivo que chega num território, como o da carcinicultura relatado anteriormente, vai demandar insumos, como água, terra, minerais, biodiversidade, energia. E também vai incorporar formas de ciência e tecnologia, assim como pode estar associado a algumas cadeias produtivas, e esse processo produtivo vai gerar um conjunto de problemas de saúde dos trabalhadores.

Da mesma forma, a questão dos agrotóxicos no agronegócio, que se dá na questão dos acidentes e esforços repetitivos na pressão por produtividade nos frigoríficos, por exemplo. Ou na questão da silicose, dos acidentes de trabalho nas explosões no trabalho da mineração.

Figura 1– Desafios para o SUS

Fonte: elaborado pela autora (2017).

Esses processos produtivos também geram problemas para fora dos seus muros, pois levam a processos de distribuição e comercialização que vão exigir estradas, caminhões, petróleo, trabalhadores do transporte, espaço onde a estrada circula que pode passar por uma reserva, por uma terra indígena. E vão também

induzir consumo que podem trazer impactos para a saúde, como são os produtos da indústria agroalimentar, ricos em aditivos, em corantes, contaminados com resíduos de agrotóxicos e produzidos a partir de sementes transgênicas. Além disso, vão gerar também emissões atmosféricas, efluentes líquidos, resíduos sólidos e novas demandas urbanas. Temos o exemplo de um município da região metropolitana de Fortaleza-CE, que teve sua população triplicada a partir da instalação de indústrias calçadistas. Essas indústrias migraram do sul do país para o norte e nordeste, devido à mão de obra barata, o que denuncia um alto nível de exploração da força de trabalho na região. Segundo dados do IPEA, a força de trabalho no Ceará é cerca de 40% mais barata do que na região sul. Esse inchamento das cidades cria demandas de políticas públicas de saneamento, de urbanização, de assistência à saúde, de educação, de segurança pública, de políticas para a juventude etc. O problema é que essas demandas geralmente não são atendidas, porque indústrias, quando chegam, têm isenções fiscais concedidas pelas prefeituras, o que resulta em recursos pequenos para resolver questões ocasionadas pela própria instalação de indústrias nas cidades.

Nesse sentido, questiona-se de que maneira o SUS tem podido responder a esse macrocontexto que interfere de forma tão decisiva sobre a saúde da população, para garantir o direito à saúde. Está na Constituição Federal de 1988 (Art. 196): "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". Podemos dizer que temos um modelo de desenvolvimento nacional que é adoecedor, porque é uma política social e econômica que não reduz riscos, pelo contrário, amplia riscos à saúde.

Os desafios que o SUS sempre teve, como o da intersetorialidade e da integralidade, ganham potência a partir deste momento que vivemos, com dificuldades cada vez maiores, após o golpe de 2016. Mas estas questões estão colocadas. Quando pensamos na intersetorialidade, como faremos para que a saúde seja uma dimensão transversal das políticas de desenvolvimento? Porque é lá que a preocupação com a saúde precisa estar. Se vamos ter um modelo de desenvolvimento que vai estimular o extrativismo, já é sabido que não favorecerá a saúde dos trabalhadores. Então, essa questão sobre a saúde precisa estar lá na concepção das políticas públicas.

Em função disso, o grupo de pesquisa Trabalho, Meio Ambiente e Saúde (TRAMAS), da Universidade Federal do Ceará, em celebração aos seus vinte anos de atividades, fez um esforço de sistematizar as pesquisas realizadas através de uma matriz analítica, para compreender melhor a relação entre grandes empreendimentos, conflitos ambientais e saúde. Foram revisitados estudos realizados sobre a indústria calçadista no Ceará, sobre a carcinicultura, o Complexo Industrial e Portuário do Pecém, construído em meados dos anos 1990, a mineração de urânio, e sobre os agrotóxicos/agronegócio. Embora os processos produtivos sejam diferentes, há um padrão ou uma semelhança a respeito do processo saúde-doença. A matriz trabalha com três conceitos: des-territorialização, vulnerabilização e processo saúde-doença. E quatro categorias analíticas: disputa simbólica; comprometimento do acesso aos bens naturais; indução de processos de migração compulsória; e imposição de riscos relacionados ao processo de produção-trabalho.

Ressaltamos a importância do conceito de *vulnerabilização*, que vem sendo elaborado por autores como Marcelo Firpo Porto (ENSP-FIOCRUZ) e Henri Acselrad, (IPPUR/UFRJ), em distinção à "vulnerabilidade", conceito utilizado na epidemiologia, para remeter a características de alguns indivíduos ou de grupos sociais relacionadas a sexo, idade, renda, escolaridade, que os tornariam mais vulneráveis ao adoecimento. Nesse contexto dos conflitos ambientais, percebe-se que não se pode deixar a cargo dos indivíduos ou das pessoas a culpa ou a responsabilidade por esse adoecimento, porque, na verdade, elas não são vulneráveis em si, elas são vulnerabilizadas, elas sofrem *processos de vulnerabilização* relacionados à destituição de direitos e à desigualdade na proteção do Estado.

Para captar-se a dimensão societal da vulnerabilização, a pretensão de mensurar estoques de indivíduos considerados em situação de vulnerabilidade social deveria ser acompanhada de um esforço de contextualização e ser associada à caracterização dos processos de vulnerabilização, para os fins de sua posterior superação/interrupção. Identificar os mecanismos de destituição que tornam os sujeitos vulneráveis para determinar e interromper os processos decisórios que impõem riscos aos mais desprotegidos. Sublinha-se algo que lhes é devido com um direito – déficit de responsabilidade do Estado – *versus* algo que lhes falta – déficit de capacidade de defesa dos sujeitos (ACSELRAD, 2013).

Foram construídos quatro quadros relacionados a cada uma das categorias analíticas anteriormente citadas. Tendo em vista os limites deste texto, para melhor compreensão destes quadros sugerimos a consulta ao capítulo "Desvelando as Tramas entre Saúde, Trabalho e Ambiente nos conflitos ambientais: aportes epistemológicos, teóricos e metodológicos", no livro Tramas para a Justiça Ambiental – diálogo de saberes e práxis emancipatórias[4].

Quadro 1 – Grandes empreendimentos e saúde: a disputa simbólica

Processo de des-territorialização	**Vulnerabilizando os/as afetados/as**	**Repercutindo sobre o processo saúde-doença**
Desqualificação do modo de vida local como "atraso" Imposição do discurso do desenvolvimento Estratégias empresariais e estatais de dominação simbólica e gestão da conflitualidade Des-informação: ocultamento, informações perversas, etc Limitação da participação na tomada de decisões	Captura de subjetividades, especialmente entre a juventude (// construção de novos sujeitos) Criação do dissenso (// afirmação da contra-hegemonia) Ameaça da paz nas comunidades e famílias Fragilização (//fortalecimento) da organização social comunitária Insegurança quanto ao futuro Ameaça à cultura e ao modo de vida tradicional	Sofrimento psicossocial Sofrimento psíquico: ansiedade, depressão, pânico, suicídio Doenças cardiocirculatórias Violência Criminalização

Fonte: Raquel Rigotto *et al.* (2018).

Quadro 2 – Grandes empreendimentos e saúde: o comprometimento do acesso aos bens naturais

Processo de des-territorialização	**Vulnerabilizando os/as afetados/as**	**Repercutindo sobre o processo saúde-doença**
Perda da terra/território Destruição/ desaparecimento de comunidades Perda de acesso à água e outros bens naturais Degradação da biodiversidade	Inviabilização do modo de vida tradicional Ameaça à soberania alimentar Comprometimento da segurança alimentar e hídrica	Repercussões sobre o estado de saúde como um todo Distúrbios nutricionais – desnutrição, subnutrição e obesidade Aumento da mortalidade infantil Maior vulnerabilidade a doenças

Fonte: Raquel Rigotto *et al.* (2018).

[4] O livro está disponível para download gratuito em: http://www.tramas.ufc.br/wp-content/uploads/2018/07/Tramas-para-a-Justi%C3%A7a-Ambiental-E-BOOK.pdf.

Quadro 3 – Grandes empreendimentos e saúde: indução de processos de migração compulsória

Processo de des-territorialização	**Vulnerabilizando os/as afetados/as**	**Repercutindo sobre o processo saúde-doença**
Desapropriação da terra e expulsão das famílias Inviabilização da perma-nência na terra/moradia Atração da migração de trabalhadores pela oferta de emprego	Migração compulsória com perda da moradia ou reassentamentos precários Exposição a novas formas de sociabilidade/ relações comunitárias Ameaça às formas tradicionais de produção/ trabalho Proletarização pelo emprego precarizado	Exposição a diferentes formas de: Violência Exploração sexual Gravidez indesejada e de adolescentes Doenças sexualmente transmissíveis Difusão do comércio e uso de drogas Desagregação da família Sofrimento psíquico Doenças mentais – depressão e suicídio

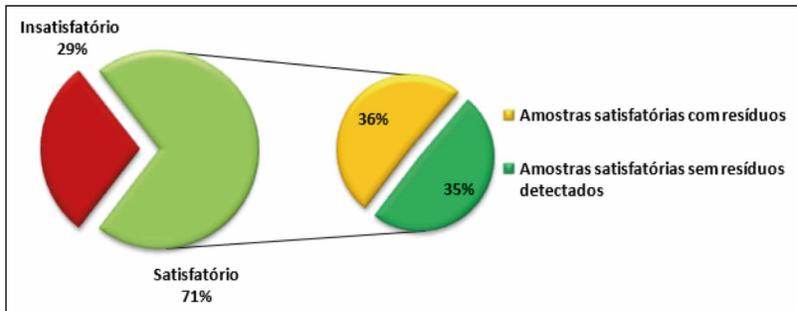
Fonte: Raquel Rigotto *et al.* (2018).

Quadro 4 – Grandes empreendimentos e saúde: processos produtivos e processos de trabalho

Processo de des-territorialização	**Vulnerabilizando os/as afetados/as**	**Repercutindo sobre o processo saúde-doença**
Implantação de novos processos produtivos: instalações e infraestruturas (estradas, portos, dutos, adutoras, redes de energia elétrica etc) Introdução de novos processos de trabalho	Introdução de riscos tecnológicos nos ambientes de vida e trabalho, de natureza Física, Química, Biológica, Mecânica e Psicossocial	Desastres Acidentes de trabalho Acidentes de trânsito Intoxicações agudas Efeitos e agravos crônicos Sofrimento psíquico e transtorno mental

Fonte: Raquel Rigotto *et al.* (2018).

Uma dimensão essencial no campo dos desafios do SUS e da saúde tem a ver com a questão alimentar e nutricional, e a contaminação dos alimentos por agrotóxicos.

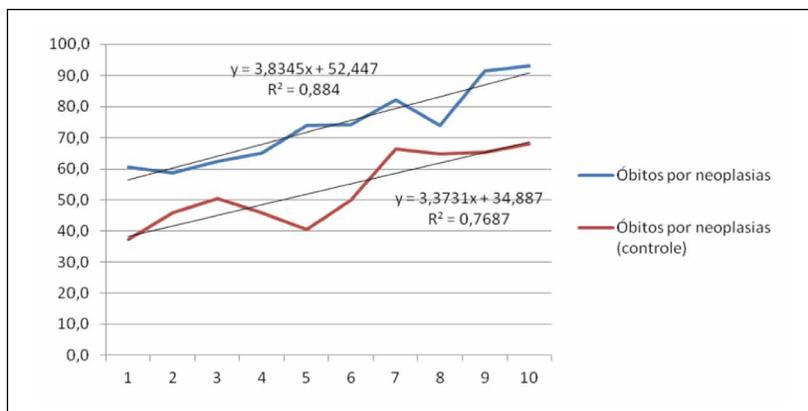
Figura 2 – Distribuição das amostras analisadas segundo a presença ou ausência de resíduos de agrotóxicos

Fonte: Anvisa (2013).

Os dados oficiais mostram que cerca de 30% dos alimentos amostrados apresentam resíduos de agrotóxicos acima dos limites considerados toleráveis. Entretanto, outros 36% das amostras ainda apresentam resíduos, embora abaixo do valor máximo residual permitido em lei – o que não nos exime de preocupações com a saúde, do ponto de vista científico, dadas as dificuldades de se afirmar, com certeza, limites seguros para a ingestão de agrotóxicos (CARNEIRO *et al*., 2015).

Sobre a contaminação da água, dentre os municípios que declararam poluição ou contaminação, os agrotóxicos estão entre as três primeiras causas, somando--se ao esgoto sanitário e à destinação inadequada do lixo (em 72% das causas de poluição na captação em mananciais superficiais, 54% em poços profundos e 60% em poços rasos). Da totalidade de Sistemas de Abastecimento de Água cadastrados no Sistema de Informação, voltado para a vigilância da qualidade da água para o consumo humano (Sisagua), em 2008, apenas 24% apresentaram informações sobre o controle da qualidade da água para os parâmetros de agrotóxicos e somente 0,5% apresenta informações sobre a vigilância da qualidade da água para tais substâncias. Uma pesquisa realizada em perímetro irrigado produtor de frutas para exportação no Ceará revelou a presença de 3 a 12 ingredientes ativos em todas as 23 amostras coletadas, envolvendo águas do Aquífero Jandaíra e as distribuídas pelo serviço municipal para consumo das famílias (MARINHO, 2010). Já no Mato Grosso, foi verificada a contaminação com resíduos de vários tipos de agrotóxicos em 83% dos 12 poços de água potável das escolas examinados, em 56% das amostras de água de chuva e em 25% das amostras de ar (pátio das escolas), monitoradas por dois anos (PIGNATI *et al*., 2007).

Resultados da primeira etapa da pesquisa de agrotóxicos, com uma amostra estratificada de 545 trabalhadores, 30,7% dos trabalhadores cumpriam critérios para o diagnóstico de provável intoxicação aguda (n=545), 5-19% com alterações hepáticas e 29% com alterações hematológicas.

Ainda na questão agronegócio-saúde, temos casos importantes que nos marcam profundamente como ser humano, profissional e pesquisadora. É fundamental partilhar as angústias, visto que precisamos buscar as respostas juntos. Temos o caso de uma hepatopatia tóxica por agrotóxicos, o primeiro caso brasileiro registrado de morte por hepatopatia profissional, apesar de a empresa onde trabalhava com venenos químicos ter alegado que foi uma hepatopatia viral. Há também crianças nascendo com má formação congênita em uma comunidade com apenas 560 famílias, que vive ao lado de fazendas do agronegócio, derramando garoa de agrotóxicos no momento de pulverização aérea. A prevalência de má formação congênita nessa comunidade é muito superior à média nacional, refletindo uma zona de sacrifício pela concentração de exposição ocupacional e ambiental aos agrotóxicos. Outro fenômeno são os sinais de puberdade em crianças de 4-5 anos de idade, desenvolvimento de mamas e pelos pubianos. Estamos pesquisando e comprovando a relação da puberdade precoce com os efeitos de disruptores endócrinos que alguns ingredientes ativos de agrotóxicos apresentam (AGUIAR, 2017).

Gráfico 1 – Tendências das taxas de mortalidade por neoplasias nos municípios de estudo e municípios controle, Ceará, 2000 a 2010

Fonte: Elaboração própria.

A taxa de mortalidade por câncer está 38% mais alta na região onde estão instaladas empresas do agronegócio (Rigotto *et al.*, 2013). Pesquisas também comprovam alterações pré-neoplásicas em medula óssea de trabalhadores expostos a organo-fosforados no monocultivo de banana na Chapada do Apodi (FERREIRA FILHO, 2013).

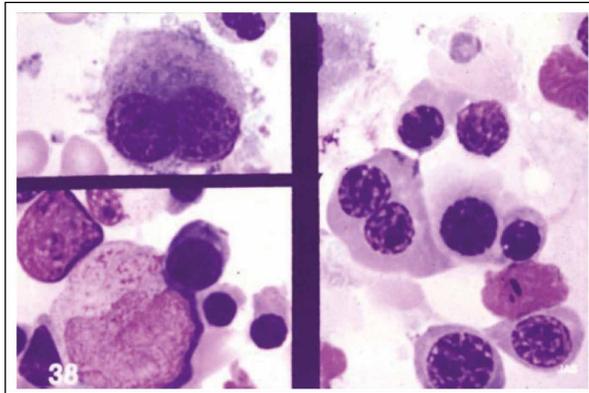
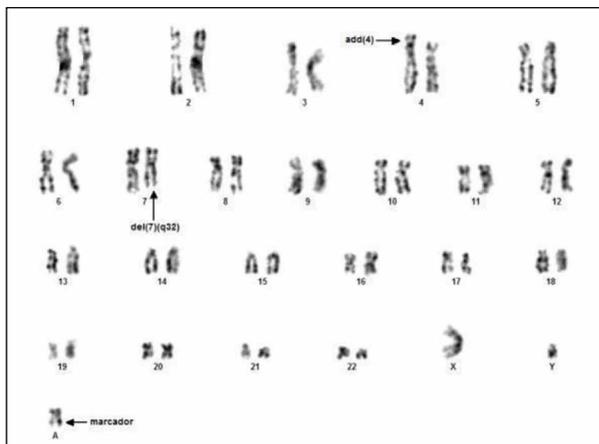
Figura 3 – Célula displásica: núcleos bilobulados, cromatina frouxa

Fonte: FERREIRA FILHO (2013).

Figura 4 – Deleção do braço longo do cromossomo 7 e material adicional no cromossomo 4, além da presença de um cromossomo marcador

Fonte: FERREIRA FILHO (2013).

DESAFIOS À FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: CIÊNCIA MODERNA, UNIVERSIDADE E SAÚDE COLETIVA

Nos nossos estudos, temos encontrado um abrigo teórico bastante estimulante, proposto por Marcelo Firpo Porto da ENSP/FIOCRUZ, com o conceito de *Epistemologia Política*, a partir da crítica à ciência moderna e aos seus limites epistemológicos para dar conta da complexidade dos problemas de saúde que ela mesma ajudou a criar. O pesquisador Carlos Walter Porto Gonçalves diz que a maioria dos riscos modernos não vem da natureza e enuncia os agrotóxicos, o pó da china, o ebola, o vírus da insuficiência respiratória etc. que também são produtos da tecnociência. É preciso reconhecer essa nossa responsabilidade. Então temos uma Epistemologia que contemple as duas vertentes:

> *(i)* *A epistemológica*, pela via da complexidade, para romper com a fragmentação da ciência moderna, com a hierarquização dos campos disciplinares, na linha de Edgar Morin.

Ou seja, a compreensão dos limites das várias áreas de conhecimento em torno de fenômenos específicos, os quais, em problemas complexos, não podem ser analisados separadamente. Outro contributo se refere à explicitação das incertezas e dos valores em jogo, assim como ao papel da produção de conhecimentos na conformação de processos decisórios e políticas públicas. É essencial um comprometimento dos valores e interesses que estão por trás da produção científica, assim como as incertezas científicas que muitas vezes são negadas. O cientista é chamado à cena pública, especialmente no espaço dos conflitos para enunciar uma verdade única sobre um problema. E é preciso reconhecer os nossos limites, as nossas incertezas e ignorâncias no campo das ciências.

> *(ii)* *A sociopolítica*, que vai levar em conta exatamente a questão da Justiça Ambiental, através dos seus referenciais, envolvendo a explicitação dos conflitos ambientais em contextos de vulnerabilidade nos quais há disputas no território por recursos, valores e modelos de desenvolvimento.

Esta perspectiva também aponta para as estratégias de visibilização das vozes ocultas de populações afetadas na sua condição humana diante de conflitos ambientais que as vulnerabilizam (PORTO, 2011).

O artigo *Bases para um enfoque socioambiental crítico e transformador da Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença* (PORTO; ROCHA; FINAMORE, 2014) trata do enfoque pluriepistêmico, que assinala a necessidade de ir além dos paradigmas biomédico e epidemiológico, para integrar "questões de saúde e ambiente aos direitos humanos, territoriais e sociais" (p. 4075). As epistemes que aportam a este enfoque são: a Teoria da Complexidade (MORIN, 2011); a Ciência Pós-normal (FUNTOWICZ e RAVERTZ, 1997); a Ecologia Política (MARTINEZ-ALIER, 2011, 2014; GUDYNAS, 2016); as Teorias Descoloniais (LANDER, 2005; SANTOS e MENESES, 2010; WALSH, 2009; QUIJANO, 2012); a Sociologia (BOURDIEU, 1998; ACSELRAD *et al*., 2004; STENGERS, 2015); a Geografia Política e da Saúde (PORTO GONÇALVES, 2012; HARVEY, 2003; HAESBAERT e PORTO GONÇALVES, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Pedagogia do Território apresenta-se como um dos métodos que podem apoiar práxis acadêmicas emancipatórias que, disputando os rumos hegemônicos da ciência e da Universidade e ressignificando os sujeitos cognoscentes, atribui centralidade radical à *co-labor-ação* com os sujeitos dos territórios em que nos inserimos (no lugar da extensão). É com base nela que organizamos nossa atividade acadêmica, desenhando a produção de conhecimentos a partir das necessidades daqueles sujeitos, valorizando seus saberes e compartilhando com eles processos dialógicos de construção de conhecimentos de qualidade e úteis à defesa de seus direitos. A colaboração social é também a fonte de ricas experiências que alimentam e contribuem significativamente na formação de docentes e pesquisadores (as) reflexivos (as), críticos (as) e autônomos (as) (RIGOTTO, 2016).

A Pedagogia do Território coloca essas atividades de *co-labor-ação* com sujeitos locais nos territórios como ponto de partida, tanto para a formação quanto para a produção de conhecimentos. Então, essa pedagogia é radicalmente central, um permanente diálogo da universidade com os sujeitos sociais vulnerabilizados nos territórios, de forma que temos seis características:

1) Processos de construção compartilhada a partir das necessidades de conhecimento dos territórios em conflito;
2) Inventividade em metodologias participativas de pesquisa que abram espaços para o diálogo de saberes;
3) Experimentação da função social da ciência: ao lado das comunidades e movimentos sociais, a universidade como sujeito social e político;
4) Busca de novas formas de compartilhar o conhecimento produzido;
5) Validação de outras formas o conhecimento produzido: a Banca Acadêmica e Popular;
6) Formação nos territórios e no coletivo[5].

REFERÊNCIAS

ACSELRAD, H. **O conhecimento do ambiente e o ambiente do conhecimento**: anotações sobre a conjuntura do debate sobre vulnerabilidade. Em Pauta, 2º semestre de 2013, nº 32, v. 11, p. 115-129.

ACSELRAD, H; HERCULANO, S.; PÁDUA, J. A. (org). **Justiça ambiental e cidadania**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 2004

AGUIAR, A. C. P. **Más-formações congênitas, puberdade precoce e agrotóxicos**: uma herança maldita do agronegócio para a Chapada do Apodi (CE). 2017. 1 v. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017.

ARAÚJO COSTA, A. **Sobre crise ecológica, violência e capitalismo no século XXI**. Os mil nomes de Gaia – do Antropoceno à Idade da Terra. Rio de Janeiro, set. 2014. Disponível em: www.osmilnomesdegaia.eco.br. Acesso em: 10 mar. 2017.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.

CARNEIRO, F. F. *et al.* **Dossiê Abrasco** – Um alerta sobre os impactos dos Agrotóxicos na Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2015.

CASTORIADIS, C. **As encruzilhadas do labirinto II** – os domínios do homem. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

COLETIVO BRASILEIRO DE PESQUISADORES DA DESIGUALDADE AMBIENTAL (CBPDA). Desigualdade ambiental e acumulação por espoliação: O que está em jogo na questão ambiental? **E-cadernos CES** (Online), v. 17, p. 164-183, 2013.

[5] Para maior aprofundamento, ver Rigotto, Leão e Melo (2018).

CORONIL, F. Natureza do pós-colonialismo: do eurocentrismo ao "globocentrismo". *In*: Lander, E. (org.). A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. **Perspectivas latinoamericanas.** Colección Sur Sur, CLACSO, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, setembro 2005, p. 80-88. Disponível em: http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/. Acesso em: 25 jun. 2015.

FERREIRA FILHO, L. I. P. **Estudo das alterações citogenômicas da medula óssea de trabalhadores rurais expostos a agrotóxicos.** Dissertação (Mestrado). Departamento de Medicina Clínica, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2013.

FUNTOWICZ, S.; RAVERTZ, J. Ciência pós-normal e comunidades ampliadas de pares face aos desafios ambientais. **História, Ciência e Saúde**, v. 4, n. 2, p. 219-230, jul./out. 1997.

GUDYNAS, E. Estado compensador y nuevos extractivismos. **Nueva Sociedad**, 2012, p. 128-146.

GUDYNAS, E. Transições ao pós-extrativismo. Sentidos, opções e âmbitos. *In*: DILGER, G.; LANG, M.; PEREIRA FILHO, J. (org.). **Descolonizar o imaginário** – debates sobre pós-extrativismo e alternativas ao desenvolvimento. São Paulo: Fundação Rosa Luxemburgo, 2016. p. 174-213

HAESBAERT, R.; PORTO-GONÇALVES, C. W. **A nova des-ordem mundial**. São Paulo: UNESP, 2006.

HARVEY, D. **O novo imperialismo**. São Paulo: Loyola, 2003.

LANDER, E. (org.). A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. **Perspectivas latinoamericanas.** Colección Sur Sur, CLACSO, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, setembro de 2005.

LAURELL, A. C. La Salud-Enfermidad como Proceso Social. **Revista Latinoamericana de Salud**, 2: 7-25, abril de 1982.

LÖWY, M. **Ecologia e Socialismo**. São Paulo: Cortez, 2005.

MARINHO, A. P. **Contextos e contornos de risco da modernização agrícola em municípios do Baixo Jaguaribe-CE:** o espelho do (des) envolvimento e seus reflexos na saúde, trabalho e ambiente. Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Brasil.

MARTINEZ-ALIER J. *et al.* Between activism and science: grassroots concepts for sustainability coined by Environmental Justice Organizations. **Journal of Political Ecology** 21: 19-60, 2014.

MARTINEZ-ALIER, J. *et al.* Between science and activism: learning and teaching ecological economics with environmental justice organisations. **Local Environment,** vol. 16, n. 1, January, 2011, p. 17-36.

MELO, J. A. T.; MARQUES, G. O. P. O direito à água e sua violação pelas políticas públicas de desenvolvimento no Ceará: escassez e injustiça hídrica. Os casos da mina de urânio de Itatiaia e das indústrias sedentas do Pecém. **Revista Eletrônica do PRODEMA** (REDE), Fortaleza, Brasil, v. 8, n. 2, p. 64-76. jul./dez., 2014.

MÉSZÁROS, I. **A teoria da alienação em Marx**. 5. ed. São Paulo: Boitempo Editorial; 2006.

MORIN, E. **Introdução ao Pensamento Complexo**. 4. ed. Porto Alegre: Sulina, 2011.

PIGNATI, W. A.; MACHADO, J. M. H.; CABRAL, J. F. Acidente rural ampliado: o caso das "chuvas" de agrotóxicos sobre a cidade de Lucas do Rio Verde – MT. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12 (1):105-114, 2007.

PORTO, M. F. S. Complexidade, processos de vulnerabilização e justiça ambiental: Um ensaio de epistemologia política. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, v. 93, p. 31-58, 2011.

PORTO, M. F. S.; ROCHA, D. F.; FINAMORE, R. Saúde coletiva, território e conflitos ambientais: bases para um enfoque socioambiental crítico. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, p. 4071-4080, 2014.

PORTO-GONÇALVES, C. W. A ecologia política na América Latina: reapropriação social da natureza e reinvenção dos territórios. **INTERthesis**, Florianópolis, v. 9, n. 1, p.16-50, jan./jul., 2012.

QUIJANO, A. "Bien vivir": entre el "desarrollo" y la des/colonialidad del poder. **Viento Sur**, n. 122, Mayo 2012, p. 46-58.

REDE BRASILERIA DE JUSTIÇA AMBIENTAL (RBJA). **Manifesto de Lançamento**. Rio de Janeiro, 2011.

RIGOTTO, R. M. *et al.* Trends of chronic health effects associated to pesticide use in fruit farming regions in the state of Ceara, Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia** (Impresso), v. 16, p. 763-773, 2013.

RIGOTTO, R.M. **Memorial 20 anos Núcleo Tramas**. Apresentado à Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará para progressão funcional a Professora Titular. Fortaleza, 2016. 293 p.

RIGOTTO, R. M.; LEÃO, F. A. F.; MELO, R. D. A Pedagogia do Território: desobediências epistêmicas e insurgências acadêmicas na práxis do Núcleo Tramas. *In*: RIGOTTO, R. M. , AGUIAR, A. C. P.; RIBEIRO, L. A. D. **Tramas para a Justiça Ambiental** – diálogo de saberes e práxis emancipatórias. Fortaleza: EdUFC, 2018. p. 345-397.

RIGOTTO, R. M. **"O progresso chegou": E agora? As tramas da (in) sustentabilidade e a sustentação simbólica do desenvolvimento**. Tese, [Doutorado em Sociologia]. Universidade Federal do Ceará, 2004.

SANTOS, B. S.; MENESES, M. P. (org.). **Epistemologias do Sul**. São Paulo: Cortez, 2010.

STENGERS, I. **No tempo das catástrofes**. São Paulo: Cosac Naify, 2015.

SVAMPA, M. Extrativismo neodesenvolvimentista e movimentos sociais: um giro ecoterritorial rumo a novas alternativas? *In*: DILGER, G.; LANG, M.; PEREIRA FILHO, J. (org.). **Descolonizar o imaginário** – debates sobre pós-extrativismo e alternativas ao desenvolvimento. São Paulo: Fundação Rosa Luxemburgo, 2016. Pp. 140-173.

SVAMPA, M. Pensar el desarrollo desde América Latina. Seminario Latinoamericano "Derechos de la

Naturaleza y Alternativas al extractivismo". Colectivo Voces de Alerta (CLAES). **Jóvenes por la Igualdad y CEPPAS**, Buenos Aires, 2011.

WALSH C. Interculturalidade Crítica e Pedagogia Decolonial: in-surgir, re-existir e re-viver. *In*: CANDAU, V. M. (org.). **Educação intercultural na América Latina:** entre concepções, tensões e propostas. Rio de Janeiro: 7 letras; 2009. p. 12-42.

14. DESAFIOS NO CONTROLE DO USO DE AGROTÓXICOS, PAPEL DO ESTADO, DA CTNBIO E DAS FORÇAS SOCIAIS NO BRASIL

Antônio Inácio Andrioli[1]

INTRODUÇÃO

Após tantas mudanças de áreas de conhecimento na minha trajetória acadêmica, estou me identificando cada vez mais com a saúde mediante a temática dos agrotóxicos e parece que encontrei a área que tem tudo a ver com a vida. Está implícita nisso a ideia de pensar outra forma de ciência, que conceba a natureza como algo que precisamos compreender e não algo que precisamos dominar. A ciência moderna inicia com esse conceito de que a natureza teria que ser dominada, explorada e que seria gratuita, ilimitada e não reagiria. Nós temos consciência de que isso tudo é falso. Dessa forma, a ciência tem muita responsabilidade sobre o que está acontecendo na contemporaneidade, pois os agrotóxicos foram produzidos pela ciência. A ideia de que é preciso utilizar agrotóxicos também foi produzida pela ciência. E as consequências do uso dos agrotóxicos são igualmente objeto da ciência.

No sul da Baviera, na fronteira da Alemanha com a Áustria, onde se fala um alemão bem diferente do alemão prussiano, agricultores conseguem falar, em uma só palavra, uma frase toda. Por exemplo, *Weiloisirgendwiazamhängd*, que

---

[1] Doutorado em Ciências Econômicas e Sociais. Pós-Doutorado em Sociologia pela Universidade Johannes Kepler de Linz/Áustria. Foi Vice-Reitor da UFFS. Membro Titular da Comissão Técnica Nacional de Biossegurança (CTNBio), como especialista em Agricultura Familiar (2011-2017). É membro no Núcleo CEBES Chapecó-SC.

significa: "porque tudo, de alguma forma, está relacionado". Parece ser tão difícil, para a ciência, entender que tudo, de alguma forma, está relacionado. Uma família de agricultores dessa região produziu um filme sobre o sentido dessa palavra. O mais importante dessa palavra é o que está no meio dela: de alguma forma, porque eles não sabem 'como'. E, ao admitirem que não sabem 'como', eles continuam tentando entender esse "porque tudo está relacionado, de alguma forma". Esse "de alguma forma" é o objeto da ciência, da totalidade concreta (KOSIK, 2002). Se nós perdermos essa relação, nós vamos provocar os problemas ambientais que hoje estão nas nossas vidas.

Eu tento sintetizar a minha trajetória acadêmica em uma área de conhecimento que não existe: filosofia rural. Depois de atuar como técnico em Agropecuária (formação no Ensino Médio), fui estudar Filosofia na Graduação, Cooperativismo na Especialização, Mestrado em Educação nas Ciências, Doutorado em Ciências Econômicas e Sociais, Pós-Doutorado em Sociologia e, agora, estou me ocupando em iniciar estudos na área de Saúde Coletiva. Para mim, sempre foi mais estimulante estudar "quase nada sobre quase tudo" do que estudar "quase tudo sobre quase nada". Mas, na ciência tradicional, estudar "quase tudo sobre quase nada" resulta em pontuação no Sistema Lattes. Isso gera arrogância e ignorância. Arrogância porque as pessoas acreditam que só elas sabem "tudo sobre quase nada"! E ignorância porque, do resto, não sabem mais nada! Por isso formamos os especialistas. Na língua alemã, há um conceito sobre essa ideia de "especialista": *Fachidiot* (o idiota de uma área). É como se nos especializássemos a transformar as pessoas em "idiotas de uma área", que não são capazes de entender nada de outra área. Ou seja, são arrogantes e ignorantes. E, também por isso, produzimos e usamos tanto agrotóxico.

O CASO DO MOSQUITO TRANSGÊNICO

Ao produzirmos alimentos com agrotóxicos, a humanidade está perdendo a sua relação com a natureza. Há pessoas que acreditam que determinadas plantas, insetos, bactérias, fungos, sejam "do mal" e, por isso, teriam que ser eliminados. Eu acompanhei o caso do mosquito transgênico na Comissão Técnica Nacional de Biossegurança (CTNBio), onde a ideia era eliminar o mosquito enquanto espécie, o mosquito Aedes aegypti, que pode causar a dengue. Ao tentarmos eliminar esse

mosquito, forma-se um nicho ecológico, um espaço vazio na natureza, que será ocupado por outras espécies, como o Aedes albopictus, porque o mosquito esteriliza, e é essa tecnologia que está no mosquito transgênico. O Aedes albopictus pode causar, além da dengue, a Chikungunya e a Zika vírus. Dessa forma, tudo indica que, com a tentativa de eliminar uma espécie, haverá problemas maiores do ponto de vista ambiental e de saúde pública. E essa tem sido a regra quando falamos em ciência relacionada à questão ambiental.

O CASO DO MILHO TRANSGÊNICO

O milho transgênico contém, dentro de cada célula, uma toxina, com o objetivo de matar uma lagarta. A tecnologia parece muito interessante, porque a lagarta que comer esse milho morre e parece que o problema é conseguir matar a lagarta. Sempre que eu perguntava aos cientistas que desenvolveram essa tecnologia "o que acontece quando uma vaca, um porco, um frango come este milho e o que acontece quando um ser humano come este milho", a resposta era muito simples: eles não podiam responder porque não era a área científica deles. Estão percebendo onde está o problema? É como se o milho fosse cultivado para alimentar lagartas.

A lógica está invertida! E o pior: esses cientistas não sabem por qual motivo aquela lagarta se tornou praga. Eles só sabem matar a lagarta. E, ao matarem essa lagarta, os cientistas conseguiram produzir uma lagarta resistente, ou melhor, não só uma, mas várias espécies de lagartas resistentes.

Agora precisamos liberar no Brasil um produto químico sintético chamado Benzoato de Emamectina para matar as lagartas resistentes a uma toxina que se imaginou que duraria décadas para matar uma espécie de lagarta. Esse produto é extremamente tóxico para o sistema nervoso. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) acabou de liberar, contraditoriamente, esse produto para uso no Brasil. Em 2010, seu uso foi restringido por se saber dos problemas causados ao meio ambiente, às pessoas e aos animais.

E por que estamos usando o Benzoato de Emamectina? Por um problema que a ciência gerou, que a agricultura química gerou, que a monocultura gerou. É óbvio que, se plantarmos apenas um tipo de planta, existirão insetos que comerão essa planta, pois comeriam o que mais, se matamos todas as outras? E

a ciência culpa um inseto. Essa é uma antiga forma de ver a ciência, uma ideia fragmentadora do conhecimento. Por isso, é importante a ideia de que "tudo está relacionado". É essa ideia que deveria nos levar a fazer ciência, para entendermos não somente uma parte, mas as relações que se estabelecem entre as partes e com o todo. E isso se perdeu no decorrer do desenvolvimento científico. As pessoas estão usando agrotóxicos porque se tornaram arrogantes e ignorantes.

Não há uma teoria da conspiração para explicar isso, como se todos soubessem deliberadamente o que está acontecendo. É muito mais grave. As pessoas não sabem o que está acontecendo, não sabem o que estão fazendo. E a ciência não sabe como resolver os problemas que vem causando. O mais absurdo é que as pessoas que trabalham com a ciência têm a ideia de solucionar o problema a partir daquilo que gerou o problema. Então, quais são as soluções que são encontradas para o uso do agrotóxico? Usar mais agrotóxico. Usar outro agrotóxico. Usar um agrotóxico mais potente. Foi dessa forma que o Brasil se tornou o campeão mundial de uso de agrotóxicos. E isso já faz uma década. Ultrapassamos os Estados Unidos há muito tempo. Ultrapassamos o consumo *per capita* de cinco litros de agrotóxico ao ano por pessoa. E parece que isso não é um problema. Por que isso não é um problema?

OS DESAFIOS

Nas comunidades rurais, há agricultores prejudicando a si e seus vizinhos em função do uso indiscriminado de agrotóxicos. Chegam a participar de velórios de agricultores que morrem de câncer sem estabelecer nenhum nexo causal com o uso de agrotóxicos. Mas houve algo que o provocou. É como se parecesse mais prudente ignorar fatos e fechar os olhos para o incentivo ao uso, deixando de focar nos produtores e vendedores desses produtos. E aí surge um grande dilema ético, pois não faltam estudos para comprovar que os agrotóxicos são prejudiciais à saúde. E qual é a grande inovação apresentada politicamente no Brasil para esse problema? Mudar o nome de agrotóxicos para defensivos fitossanitários. A tentativa é diminuir a semântica da situação, dificultando a identificação das causas, para que seja sublimado o problema ético envolvido.

Há uns dez anos, eu me perguntava o que aconteceria se soubéssemos cientificamente que o glifosato é cancerígeno. Será que essa informação poderia

diminuir o uso desse produto? Eu já imaginava que surgiriam afirmações das mais diversas questionando a cientificidade desses estudos. E isso me leva novamente a questionar o problema da ciência na relação com o aumento do uso de agrotóxicos. No prefácio do Dossiê da Abrasco sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde, Paulo Petersen faz uma breve referência acerca do método como se lida com esse fenômeno, explicando que existem três estágios: o primeiro é ocultar, o segundo é justificar e o terceiro é desqualificar (CARNEIRO, 2015).

O primeiro estágio é ocultar. Ocultar, por exemplo, ao se referir a notícias que demonstram a existência de estudos afirmando que os agrotóxicos são cancerígenos e outros estudos que negam esses efeitos. Há algo ocultado nessa comparação, pois não se trata de estudos do mesmo tipo. A maioria dos estudos afirmando que agrotóxicos não seriam cancerígenos foi produzida ou financiada pelas próprias empresas fabricantes dos produtos em questão, definindo o objeto da pesquisa, a sua metodologia, suas conclusões e o que deve ou não ser divulgado. Isso deveria, no mínimo, ser citado ou estar referenciado ao se tratar da divulgação desses estudos. Pior que isso: são esses estudos das empresas ou por elas financiados que servem de base para se aprovar o uso de glifosato, e não os estudos científicos independentes.

Não se trata de estudos científicos diferentes. Trata-se de estudos científicos e estudos não científicos. E que estudos estão sendo considerados válidos, por exemplo, pela CTNBio? A resposta é que basicamente os estudos financiados pelas empresas é que são considerados como válidos e não os estudos científicos independentes. É assim que funciona a CTNBio. Existe uma ilusão, no Brasil e no mundo, de que, como existe uma comissão de cientistas cuidando da saúde dos seres humanos, dos animais e das plantas, estaríamos protegidos dos efeitos dos agrotóxicos. A realidade é bem outra: trata-se de cientistas que, em sua maioria, aprovam tudo o que for de interesse das empresas fabricantes dos produtos que deveriam analisar, independente dos estudos científicos validados internacionalmente.

Durante seis anos participei como membro da CTNBio e é importante narrar minha experiência. Eu fui um dos vinte e sete cientistas dessa comissão, nomeada pelo Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações (MCTIC). Sempre havia no mínimo vinte cientistas favoráveis à aprovação de transgênicos, pois esse placar está definido já quando se nomeia quem é membro. Quando os estudos são avaliados, os estudos usados ao longo de todo o processo são, em

sua grande maioria, os estudos das próprias empresas interessadas na aprovação dos eventos solicitados. E, mais grave ainda, é que, durante todas as sessões, as empresas acompanham as votações, observando como os membros votam. Isso significa que, caso algum membro vote contra as empresas, elas logicamente podem deixar de apoiar cientistas em laboratórios, financiamentos, bolsas de estudos e, possivelmente, podem ter a própria carreira acadêmica arruinada.

Existe, além disso, um problema de legitimidade, porque quem deveria decidir sobre isso é a sociedade ou, no mínimo, a sua representação, que seria o governo ou o parlamento. No Brasil não é isso o que acontece, pois quem decide questões importantíssimas envolvendo a saúde da sociedade e do meio ambiente são essas comissões de cientistas. Assim está instituída a CTNBio, uma forma de poder caracterizada como tecnocracia.

Em outros órgãos, isso é muito semelhante e pode ser até pior do ponto de vista da democracia e da representatividade. Após a mudança do nome de agrotóxicos para defensivos fitossanitários, é possível que tenhamos uma Comissão Técnica Nacional de Fitossanitários (CTNFito). Na composição da CTNFito, estão previstos um membro do Ministério da Saúde, um membro do Ministério do Meio Ambiente e vinte e três membros do Ministério da Agricultura e Abastecimento (MAPA). No Brasil, o MAPA historicamente é dominado pela bancada dos ruralistas, os quais somam duzentos e vinte e dois deputados no atual Congresso Nacional. É possível imaginar o que vai ser essa comissão? Ela vai fazer com os agrotóxicos o que vemos, hoje, com os transgênicos. Só que as pessoas podem continuar acreditando que isso é científico.

Eu saí da CTNBio com uma carta denunciando essa situação e sigo denunciando em todos os lugares (ANDRIOLI, 2017). É uma farsa, porque o que se faz nessa comissão não é científico, não é democrático, não é legítimo. Não existe nem competência legal para tal. A Constituição Federal não atribui isso para os cientistas. A CTNBio poderia ser, no máximo, um órgão técnico assessor do governo e não uma instância deliberativa para assuntos dessa envergadura. Mas isso existe há bastante tempo e está sendo aprofundado, substituindo o papel da sociedade em decidir sobre assuntos que afetam toda a sociedade.

O segundo estágio é justificar, que é usado em todos os lugares. A justificativa sempre é a necessidade de usar agrotóxicos. E por que é necessário usar agrotóxicos? A resposta comum é porque sem agrotóxicos não há possibilidade de produzir na agricultura. A agricultura existe há mais de dez mil anos e somente

nos últimos sessenta anos usamos agrotóxicos no Brasil. Como as pessoas podem dizer que não é possível produzir sem usar agrotóxicos? E por que há esse jargão? Porque esse tipo de ciência tornou as pessoas dependentes dos agrotóxicos.

E não é só isso. Essa forma de produzir ciência tornou as pessoas dependentes dos medicamentos. E são as mesmas empresas que produzem tanto os agrotóxicos como os medicamentos. O maior exemplo atual para isso é a Bayer, a maior indústria química alemã, que comprou a Monsanto. Hoje temos o maior complexo de produção de agrotóxicos e medicamentos do mundo na Alemanha. Mas a sociedade alemã não aceita isso no próprio país, mas aceita que se faça isso em outros lugares, como o Brasil. E nós continuamos aceitando isso. O mercado internacional de agrotóxicos atualmente está cotado em 70 bilhões de dólares. Não tenho a estimativa do mercado de medicamentos, mas não é difícil perceber que deva ser muito maior, pois a Bayer não estava fazendo questão de entrar no mercado de transgênicos porque estava satisfeita com o mercado de medicamentos. A empresa suíça Syngenta, que era a maior indústria de medicamentos do mundo, foi recentemente comprada pela National Chemical (ChemChina). Foi a Syngneta que criou o primeiro milho transgênico. Por qual motivo a maior empresa farmacêutica do mundo investiu em sementes de milho? Onde estaria a lógica?

No livro "As Sementes do Mal", fazemos referência ao testemunho de um dos primeiros agricultores do mundo a usar o milho transgênico criado pela Syngenta, o alemão Gottfried Glöckner:

> [...] de repente, nada mais é como antes. Lisa se sente mal e esgotada, reclama de dores. Seu alto astral definha. Não há explicações para os primeiros sintomas da doença. São em vão as perguntas de Gottfried ao médico e ao farmacêutico. Eles também estão diante de um enigma. Frustradas tentativas com infusões não acarretam nenhum alívio. Nas articulações de Lisa se concentra água, ela tem sangue na urina. Seus vasos sanguíneos se ampliam. Enfim, algumas artérias até estouram. Intensos distúrbios de metabolismo bem como uma grave infecção nos rins tornam-se incontroláveis. Seus irmãos não estão melhores. Gottfried se desespera. Após breve e grave padecimento, Lisa morre, cedo demais, nos seus melhores anos. Seus irmãos a seguem. O que Lisa não pode saber é que os alimentos transgênicos ingeridos por ela podem ter acabado antecipadamente com sua vigorosa vida. Continham veneno. [...] Por solicitação de Glöckner, porém muito tarde, um instituto público de análises constatou que o milho verde continha 8,3 mg de toxina por kg. O veneno foi encontrado em todo lugar, na urina, no esterco, bem como no sangue e nos gânglios linfáticos dos

> animais. Uma vez estando essas toxinas presentes na estrutura do solo, na ração e no esterco, já não há como preservar, sequer, os seres humanos. (ANDRIOLI; FUCHS, 2012, p. 10-12).

Lisa era uma das setenta vacas do estábulo Weidenhof, de propriedade de Gottfried Glöckner, em Wölfersheim, no estado de Hessen. Dessas, doze vacas morreram comendo esse milho que originalmente a Syngenta produzia.

O pesquisador francês Gilles-Eric Séralini, famoso internacionalmente pelos estudos de longo prazo com milho transgênico, está analisando as vísceras, o sangue, o leite e outros órgãos dessas vacas. O cientista está prestes a concluir que essas vacas apresentaram o mesmo problema daqueles ratos, mundialmente veiculados com seus tumores, e que eram tratados com milho transgênico, resistente a insetos e também ao glifosato. Se a tese de Seralini sobre o milho transgênico produzido pela Syngenta (na época, o Bt 176, que saiu do mercado) for confirmada, podemos aprofundar a hipótese de que esse milho teria provocado uma espécie de imunodeficiência, a base de todas as doenças.

Eu retomo a pergunta inicial que sempre me remete àquela suspeita. Eu não estou dizendo que a Syngenta sabia disso. Eu não estou apostando na teoria da conspiração. Eu estou afirmando algo muito pior: os cientistas que produziram isso não sabiam e não sabem o que estão fazendo. Porque perderam a noção das partes do conhecimento para poderem entender o todo. Eles só sabem matar lagarta! E só uma espécie de lagarta! Porque eles só se especializam em uma. Se outra lagarta se torna resistente, eles se perdem, são completamente ignorantes e aí temos que usar Benzoato de Emamectina.

Então, vejam que coisa fascinante! Se observarmos a relação dos transgênicos com os agrotóxicos, confirmaremos o uso exponencial de agrotóxicos após a liberação de transgênicos. Esse é o primeiro capítulo da história. Em 1996, quando foi produzida a primeira planta transgênica no mundo, o mundo inteiro gastava 22 bilhões de dólares em agrotóxicos. Hoje o mundo gasta 70 bilhões de dólares em agrotóxicos. No Brasil, em 2003, foi aprovada a primeira planta transgênica. Naquela época se dizia que seria reduzido o uso de agrotóxicos por conta dos transgênicos e gastávamos em torno de 3 bilhões de dólares em agrotóxicos. Hoje estamos gastando 12 bilhões de dólares! Esse é o poder que possibilita fazer campanhas caríssimas no Brasil, como foi em 2014, e depois é possível se dar um golpe no Brasil. Assim elegemos esse parlamento.

Mais do que isso, pois esta é apenas a primeira parte. O mercado de agrotóxicos que explodiu, que aumentou, veio acompanhado por uma série de outros problemas, que precisam ser dimensionados. A água, por exemplo, em quanto é contaminada? É possível que ainda haja água mineral sem agrotóxico, mas em geral todas têm glifosato. A água no Brasil está quase toda contaminada. E não significa só a água de beber, mas também a água com a qual tomamos banho. Tomamos uma ducha diária de glifosato.

E considerar que o pior efeito do Roundup (marca comercial de glifosato mais vendida no mundo) pode ser via cutânea, que é outro fator importante do ocultar, justificar, desqualificar. A fórmula do Roundup contém Taloamina, para permitir que o glifosato penetre na planta. É o efeito surfactante necessário para o herbicida funcionar, diminuindo a tensão superficial de um tecido vivo. Já é sabido como isso funciona em sapos, em peixes, mas como funciona nos seres humanos? Nossos cachorros, por exemplo, têm sido alimentados com rações transgênicas, sendo que as raças mais puras não têm durado muito mais de quatro anos. Essa é uma realidade dura e estamos fazendo isso diariamente. Mas nós também estamos nos alimentando com esses alimentos há muito tempo. E assim vamos nos dar conta de que nós somos as cobaias desse processo.

A União Europeia acabou de proibir o glifosato, mas permite o uso por mais cinco anos. O que vai acontecer depois desses cinco anos? Esse produto vai sobrar no mercado e virá quase gratuitamente para o Brasil. Nós vamos aumentar muito mais o uso, que hoje já é de sete litros por hectare. Com esses sete litros por hectare, podemos avaliar como está a água? E como fica a situação de regiões, por exemplo, onde eu nasci, noroeste do Rio Grande do Sul? O Hospital de Ijuí tem os dados, pois é a região de mais alto índice de câncer no Brasil. Não é a região que mais usa agrotóxicos, pois essa é o Mato Grosso, mas não há tantos casos de câncer. E me chamou a atenção um vídeo produzido pela televisão do Rio Grande do Sul, dizendo que isso é relativo, sugerindo que isso acontece porque o agricultor não estaria usando Equipamentos de Proteção Individual (EPI). Bem, se todos os agricultores andassem vestidos com EPI, isso poderia evitar a contaminação da água e dos alimentos?

Uma comparação feita por uma agente do maior órgão de assistência técnica e extensão rural do Rio Grande do Sul, a Emater, foi que o agrotóxico é como uma faca, que, se usada de forma incorreta, pode machucar. Então, me pergunto como se deve usar o agrotóxico de forma correta. Há como usar o agrotóxico de

forma certa? Se ele fosse algo que não faz mal, não seria nem necessário usar o EPI. Não há como usar corretamente algo que contamina o ambiente, o solo, a água e os alimentos.

Outro dado interessante é que as escolas do Rio Grande do Sul continuam fazendo campanhas de arrecadação de embalagens de agrotóxicos. A cada ano, mais embalagens vazias são coletadas, e isso é comemorado como esforço de educação ambiental. Primeiramente, isso significa que a cada ano usamos mais agrotóxicos. E aí vem o argumento interessantíssimo: que é necessário cuidar muito com o restinho que fica lá dentro da embalagem, porque o restinho é bem perigoso. Então, é muito interessante, pois como é que se usa algo cujo restinho é tão perigoso, mas isso só depois que já usou por tudo?! Então, como usar corretamente algo que eu sei que é perigoso? Aí começa a desqualificação.

A última parte é a tentativa de desqualificação. É o que aconteceu, por exemplo, com Serralini, quando, após ter divulgado seus estudos numa das maiores revistas científicas do mundo, foi atacado como se não fosse cientista. A desqualificação acontece com todos os que questionam esse modelo de produção, baseado em um uso cada vez maior de produtos perigosos à saúde. As variedades de soja transgênica mais sofisticadas do Brasil são resistentes ao glifosato, ao glufosinato de amônia, ao Dicamba e ao 2-4-D, sendo ainda resistentes a insetos. Essa é a soja mais apropriada para se poder produzir sem ter problemas com as chamadas ervas daninhas ou ataques de insetos. É uma combinação de várias tecnologias transgênicas desenvolvidas em partes. Como nós, seres humanos, reagimos a essa combinação? O 2-4-D, um deles, dos mais terríveis da história dos agrotóxicos, é um dos ingredientes do agente laranja usado na Guerra do Vietnã.

E se imaginarmos o que isso significa para o agricultor que usava a semente de soja convencional inoculada, uma tecnologia desenvolvida com décadas de pesquisa pública, para que uma bactéria de solo pudesse fixar o nitrogênio do ar, gratuitamente? Agora, com excessivo uso de Roundup, esse processo de fixação pode estar sendo destruído, significando que o agricultor terá que utilizar adubo mineral nitrogenado? E com quais efeitos? Produzindo, na decomposição do Roundup no solo, novos produtos como o N-nitroso glifosato, na associação com nitratos e nitritos resultantes do adubo nitrogenado sintético, o que já sabemos que pode ocasionar problemas de câncer de rim e de fígado?

Assim, retomamos ao início da nossa conversa neste capítulo. Será que essa combinação já foi comprovada cientificamente? Se o Instituto Internacional do Câncer afirma que o glifosato provavelmente é cancerígeno e isso está servindo de base para a sua proibição em vários países do mundo, será que o problema é a falta de estudos científicos? E sobre o Paraquat? A própria Anvisa afirma que ele é extremamente perigoso para a saúde, mas recomenda que possa continuar sendo usado por mais três anos. Se é considerado perigoso, o correto seria a recomendação de não usar, com sua consequente e imediata proibição. Esse seria o encaminhamento coerente com o conhecimento científico disponível. Mas, infelizmente, não tem sido essa a situação do Brasil na relação com agrotóxicos, transgênicos e os temas ambientais em geral. O princípio da precaução, tão importante na nossa legislação, tem sido constantemente negligenciado. As autoridades competentes não têm conseguido implementar a legislação existente, e muitos cientistas têm servido à legitimação da destruição ambiental. O problema ambiental, portanto, é um problema também do conhecimento, especialmente da forma como tem sido produzido, fragmentando a realidade e a ação humana. A consequência mais avassaladora da destruição ambiental tem sido os seus efeitos à saúde da população. Sem saúde ambiental não haverá saúde pública e coletiva. Assim, destruímos a vida no nosso planeta e a nós mesmos como humanidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que a sociedade pode fazer diante disso? Essa é a grande questão de que sempre precisamos tratar, pois senão só deixamos as pessoas chocadas na constatação de que o mundo está cada vez pior, menos saudável.

No Brasil deveríamos, ao menos, proibir a pulverização aérea de agrotóxicos. Setenta por cento da pulverização aérea de agrotóxicos se perde, se joga no ambiente sem nenhuma serventia, somente aumentando a contaminação ambiental. Outra proposta é o fim dos subsídios sobre agrotóxicos. Além do subsídio a agrotóxicos, o Estado brasileiro paga mais uma vez pelos efeitos, tratando os doentes pelo uso desses produtos. Imaginemos o custo que o Brasil tem em Saúde Pública em função do uso de agrotóxicos, que, além dos efeitos negativos evidentes, ainda é subsidiado. Além disso, não deveriam ser aqui utilizados os produtos

já proibidos em outros países. Por último, é necessário preservar a qualidade da água. Deveríamos pleitear que a nossa água não seja contaminada por agrotóxicos. Que o nosso território pudesse ter áreas livres de agrotóxicos e transgênicos. Isso a sociedade pode e deve pleitear. A Alemanha, que é o maior produtor de químicos do mundo, criou 169 áreas livres de transgênicos e agrotóxicos. Se lá é possível, por que não seria possível no Brasil? De que forma podemos mobilizar as pessoas para um tema tão complicado?

A primeira coisa é entender que não é possível dominar toda uma sociedade. Sempre sobram espaços para resistência. Sempre haverá espaços para a superação, para a crítica, para sair da dominação. Acredito que as universidades têm que ter esse papel. Diante do mundo todo dominado, as universidades são o espaço de resistência, em que não se aceita o que uma massa de pessoas pode estar aceitando. As universidades devem propor também conhecimentos que possam superar esse drama. Ou seja, é com mais ciência que poderemos resolver e diminuir problemas gerados pela própria forma de produzir ciência.

Outra coisa para se fazer a resistência é conseguir estabelecer a conexão do todo com aquilo que se perdeu. E isso é algo fascinante e por isso cumprimento todos os professores da área da saúde da Universidade Federal da Fronteira Sul, pois estamos estabelecendo uma relação da saúde com o tema da alimentação, entendendo que hoje o maior problema da saúde é a alimentação. Se outrora foi o saneamento, hoje o maior problema da saúde é a alimentação.

Eu desafiei algumas turmas de formatura do curso de Agronomia da UFFS, afirmando que esse também é um curso da área da saúde. Claro que soa um tanto estranho nos parâmetros normais, mas é um conhecimento na produção de alimentos e, se eles produzem alimentos saudáveis, estamos produzindo saúde. Essa é uma visão um tanto ampla de saúde, que prevê também que só existirá saúde se tivermos um ambiente saudável. Ao considerarmos que uma pessoa está doente, temos que considerar o ambiente em que ela vive, em que ela se alimenta, em que ela trabalha. Então, a relação entre saúde, ambiente e alimentação é uma conexão que o conhecimento precisa restabelecer.

É necessário conceber o conhecimento em sua totalidade concreta, ou seja, além das partes, nas relações das partes entre si e em relação ao todo, superando a dicotomia entre o particular e o universal. Da mesma forma, é necessário superar a ideia de ciência que separa o concreto do abstrato, o teórico do empírico, o qualitativo do quantitativo, o dedutivo do indutivo, o pensar do agir, a economia

da ecologia, a ética da política, a saúde da vida e o ser humano da natureza. E isso é cada vez mais urgente se quisermos dar ao Planeta Terra e à humanidade uma perspectiva de sustentabilidade, vida e saúde. *Weiloisirgendwiazamhängd*, ou seja, porque "tudo, de alguma forma, está relacionado".

REFERÊNCIAS

ANDRIOLI, A. I. Texto escrito para pronunciamento em 05/10/2017, por ocasião do encerramento de mandato na CTNBio. *In*: RBA (Rede Brasil Atual). Ao deixar a CTNBio, especialista expõe esquemas na liberação de transgênicos no Brasil. Disponível em http://www.redebrasilatual.com.br. Acesso em: 06 out. 2017.

ANDRIOLI, A. I. Soja orgânica versus soja transgênica: um estudo sobre tecnologia e agricultura familiar no noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Chapecó: UFFS, 2017, 362 p.

ANDRIOLI, A. I.; FUCHS, R. (org.). Transgênicos: as sementes do mal. A silenciosa contaminação de solos e alimentos. São Paulo: Expressão Popular, 2012, 280 p.

CARNEIRO, F. F. (org.). Dossiê Abrasco: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde. Organização de Fernando Ferreira Carneiro, Lia Giraldo da Silva Augusto, Raquel Maria Rigotto, Karen Friedrich e André Campos Búrigo. Rio de Janeiro: EPSJV; São Paulo: Expressão Popular, 2015, 624 p. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/dossieagrotoxicos/wpcontent/uploads/2013/10/DossieAbrasco_2015_web.pdf.

KOSIK, K. A Dialética do Concreto. São Paulo: Paz e Terra, 2002. 230 p.

15. ASPECTOS DE SAÚDE COLETIVA NA SAÚDE AMBIENTAL: EPIDEMIOLOGIA E GEOGRAFIA EM DIÁLOGO

Willian Simões[1]
Paulo Roberto Barbato[2]
Daniela Savi Geremia[3]
Maria Eneida de Almeida[4]

INTRODUÇÃO

> Os agricultores, tal como os médicos, lidam com organismos vivos que são seriamente afetados pela abordagem mecanicista e reducionista de nossa ciência e tecnologia. À semelhança do organismo humano, o solo é um sistema vivo que tem de permanecer em estado de equilíbrio dinâmico para ser saudável. Quando esse equilíbrio é perturbado, ocorre um crescimento patológico de certos componentes – bactérias ou células cancerosas no corpo humano, ervas daninhas ou pragas nos campos. A doença sobreviverá e, finalmente, o organismo morrerá ou se converterá em matéria inorgânica. [...]
>
> Assim como a indústria farmacêutica condicionou médicos e pacientes para acreditarem que o corpo humano necessita de contínua supervisão médica e de tratamento medicamentoso a fim de permanecer saudável, também a indústria petroquímica levou os agricultores a acreditar que o solo necessita de infusões

[1] Doutor em Geografia. Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

[2] Doutor em Saúde Coletiva. Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

[3] Doutora em Saúde Coletiva. Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Presidenta do I CIPPS. Líder do Grupo de Pesquisa em Políticas Públicas e Gestão em Saúde (PPGS).

[4] Doutora em Saúde Coletiva. Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Vice-Presidenta do I CIPPS. Coordenadora do Núcleo Cebes Chapecó-SC.

> maciças de agentes químicos, supervisionadas por agrônomos e técnicos agrícolas, para se manter produtivo. Em ambos os casos, essas práticas perturbaram seriamente o equilíbrio natural do sistema vivo e geraram, portanto, numerosas doenças. [...] Qualquer desequilíbrio no solo afetará o alimento que nele cresce e, por conseguinte, a saúde das pessoas que comem esse alimento.
>
> (CAPRA, Fritjof. *O ponto de mutação*, 2005, p. 244-245)

A epígrafe que abre este capítulo, trecho retirado do livro "Ponto de Mutação" do físico "Fritjof Capra", publicado ainda no início dos anos de 1980, mais do que expressar uma crítica aos avanços do que costumamos chamar de Revolução Verde, a qual atingiu o Brasil rural, sobretudo, a partir do final do século XX, pode nos servir de ponto de partida para demonstrar o quão é antiga a preocupação com os avanços destrutivos da sociedade do capital e de sua visão fragmentada e reducionista das relações sociedade-natureza na/para a produção de alimentos. Queremos, a partir dela, manifestar a urgência em potencializar nossas análises e de nos permitir construir abordagens interdisciplinares envolvendo aportes teórico-conceituais capazes não só de ampliar nossas visões sobre determinados fenômenos sociais que marcam nossa contemporaneidade, mas também de compreensão-ação que possam melhorar nossa estadia no mundo. É preciso alertar cada vez mais a sociedade de que o que acontece no campo, na produção de alimentos com o uso intensivo de agrotóxicos e de manipulação genética, atinge a todos nós.

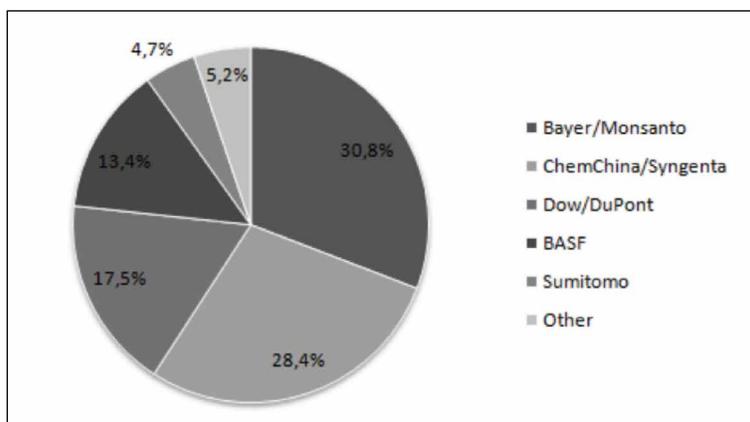
Socializamos reflexões a partir de dois campos da saúde coletiva, epidemiologia e geografia da saúde, cada vez mais articulados e complementares dentro da área do conhecimento saúde e ambiente, nos cursos da área da saúde da Universidade Federal da Fronteira Sul – Campus Chapecó. A mesa-redonda que deu origem a este texto, "Do Agronegócio à Agroecologia: impactos na saúde humana", buscou ampliar o debate em meio acadêmico aprofundando as origens históricas de nossa constituição territorial para potencializar questionamentos acerca do atual projeto de desenvolvimento do Brasil que vem ampliando os horizontes do agronegócio e impactando negativamente na saúde da população. Os desdobramentos da nomeada Revolução Verde, que de verde nada tem, vem alcançando diretamente o prato do dia a dia de todos os habitantes do país, com raríssimas exceções. Estamos nos alimentando com agrotóxicos e transgênicos disparadamente.

Objetivamos instigar o questionamento de algo que pode ser considerado por demais preocupante à nossa existência, que é o acúmulo de substâncias consideradas tóxicas em nossos corpos que, querendo ou não, ingerimos como alimento. Mas não só. Queremos potencializar os debates acerca das condições de trabalho em que agricultores são diretamente afetados pelos produtos agroquímicos que precisam utilizar cada vez em maior proporção nas lavouras. E também abrir canais de debate de como esta exposição – pelo trabalho e pela alimentação – afeta suas famílias na zona rural e a todos que vivem na cidade, marcada pela ampliação das possibilidades de disseminação de doenças causadas por esses produtos, incluindo as malformações fetais e suicídios – um projeto de retrocesso. Por fim, sinalizar para a emergência da agroecologia como saída estratégica de outra perspectiva societária possível, avançada e sustentável.

SAÚDE AMBIENTAL E ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS: PROBLEMATIZAÇÕES INTRODUTÓRIAS

Muito mais do que trazer aspectos biológicos de doenças, consideramos relevante trazer alguns números ao longo desta reflexão que nos incite ao debate sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde humana, em termos de resultados ou desfechos, sob um ponto de vista da epidemiologia que faz face à saúde coletiva. No campo das doenças agudas, podemos dizer que temos melhor acesso às informações sobre intoxicações, seguido das doenças crônicas. No acesso aos dados, podemos afirmar que convivemos com um grande dilema: eles não são fiéis à contagem (ocorrem muitas subnotificações), assim como não se consegue fazer uma relação direta entre causas de morte ou de doenças e o uso de agrotóxicos. Certamente esse dilema pode ser visto como um grande problema, pois pressupõe que há algo querendo ser escondido.

Investimentos em agroquímicos ou em transgenia na/para agricultura vêm sendo desenvolvidos por grandes corporações. Algumas delas estão sofrendo fusões, o que nos permite evidenciar o acirramento de disputas pelo domínio da ciência, da tecnologia e do dinheiro/capital por detrás do grande mercado de *commodities* agrícolas e/ou agropecuários e farmacêuticos. Vejamos o gráfico a seguir:

Gráfico 1 – Representação da proporção decorrente da fusão de grandes corporações da indústria agroquímica

Fonte: ECODEBATE (adaptado pelos autores).

A Bayer funde-se com a Monsanto, a ChemChina com a Syngenta, a Down com a DuPont. Entretanto, existe uma controvérsia já posta, pois a fusão da Bayer com a Syngenta produz a semente transgênica, produz o agrotóxico e também produz os medicamentos que vão tratar as doenças. Produz a doença e produz o tratamento, mas a que custo? Nesse sentido, esse gráfico fala muito mais do que somente as fusões, os números. Por isso é importante apontar e não descontextualizar.

Que mundo é esse em que o capital – por meio da mercantilização da natureza e da financeirização da vida – domina a tal ponto de produzir a doença e depois oferecer o tratamento a um custo altíssimo à população? Muito mais do que o efeito biológico, podemos observar a construção de uma sistemática que vai envolvendo as pessoas, adoecendo para depois oferecer o tratamento. Não se pode perder esse foco porque ele é essencial.

Um dos efeitos do uso de agrotóxicos que o Dossiê Abrasco (2015) demonstra já ter uma produção científica considerável acerca do tema é o câncer. Precisamos olhar para o gráfico anteriormente apresentado e nos lembrarmos dos diversos tipos de câncer associados, quem os produz e quem oferece os tratamentos. Nesse sentido, o capital está movimentando esse mundo e não oferece sequer perspectivas decentes de vida aos seres humanos, pois expõe o trabalhador, depois expõe o consumidor e, finalmente, oferece tratamento.

Outro desfecho que podemos destacar trata do Projeto de Lei 6229/2002, que teve aprovação por uma Comissão Especial do Congresso Nacional brasileiro e foi à plenária em outubro de 2018 com as modificações sugeridas. Essa aprovação tira a responsabilidade do Ministério da Saúde e o Ministério do Meio Ambiente sobre a questão queso envolve comercialização e uso de agrotóxicos e transgênicos no Brasil. Nota Técnica da Fiocruz faz uma análise ponto a ponto desta lei, que não envolve apenas a mudança do uso do termo "agrotóxico" para "defensivo fitossanitário", mas trata, sobretudo, da análise de risco que a Anvisa faz para autorizar ou não o veneno, que deixa de existir com a aprovação deste projeto. Produtos já banidos da União Europeia passam a ter praticamente livre acesso no Brasil. Outro ponto que chama a atenção é sobre o uso preventivo de agrotóxicos sob o argumento de se evitar a instalação de pragas em uma lavoura. Pode ser feita uma receita e aplicar preventivamente. Isso é, no mínimo, mais um problema.

Assim, a partir destas primeiras considerações dispostas, entendemos que há uma dimensão política que não podemos deixar de compreender em nossas reflexões acerca do eixo temático saúde ambiental e epidemiologia. Trata-se de algo mais profundo, no qual agravos à saúde humana e distúrbios ambientais se apresentam de forma cada vez mais catastrófica, colocando em risco nossa existência na Terra, como veremos adiante, o que nos desafia sempre a buscar saídas/alternativas, se quisermos garantir condições de existência às gerações futuras.

SOBRE OS RISCOS DO USO DE AGROTÓXICOS

A atual presidência da República indicou para assumir a pasta do Ministério da Agricultura, ainda durante os meses de transição de governo que ocorreram no final de 2018, uma liderança da chamada "bancada ruralista", conhecida por alguns como sendo "a musa do veneno", denominação amplamente divulgada no site do Brasil de Fato. Os nomes e partidos políticos não vêm ao caso para nossa reflexão, mas a postura política diante do que podemos considerar um dos temas mais polêmicos e controversos para o país e que atinge diretamente a população brasileira do campo e da cidade: o uso de agrotóxico.

Podemos dizer que, em relação ao uso de agrotóxicos, há, pelo menos, três grupos de risco: exposição do trabalhador, exposição ambiental e exposição via

alimentação. O primeiro trata-se do trabalhador que, para ter o financiamento do banco, por exemplo, obriga-se a comprar um pacote no qual, entre seus componentes, constam semente e o veneno para aplicar. Neste mesmo tópico, o trabalhador é quem manipula e aplica o veneno. É muito comum o ato de culpabilizar o trabalhador/vítima pelo não uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), mas não se dá a devida importância na forma que os EPI são oferecidos e a possibilidade de uso, pois debaixo do sol ou se intoxica com o veneno ou se desidrata com o EPI oferecido. Essa é uma questão complexa, culpar a vítima e não analisar os fatos cotidianos. Pode-se dizer que, para muitos e, em particular na área da saúde, é comum se culpabilizar o doente pela doença, excluindo outros fatores que levaram à doença, como o contexto econômico, social e ambiental do sistema social que o doente vive.

No segundo grupo, a exposição ambiental, o uso dos agrotóxicos contamina o solo, a água, as famílias desses trabalhadores que vivem no entorno de onde se aplica o veneno. A água para consumo humano tem padrões definidos em Lei. Um dos padrões aceitáveis de potabilidade considera a quantidade de agrotóxicos, significando que a própria legislação já aceita que existe um percentual de agrotóxicos na água potável. Só que há parâmetros que devem ser observados e sabemos que esse já extrapolou o padrão aceitável. Então, corre-se o risco de uma sistemática de normalização dessa extrapolação, pois já que há agrotóxicos, vamos estabelecer um padrão aceitável. Mas qual é o risco acumulado existente? Podemos inferir que, na medida em que vamos ingerindo a água, vai sendo acumulado um percentual de agrotóxicos em nosso corpo. Que efeitos esse acúmulo traz à nossa saúde? O Dossiê Abrasco (CARNEIRO, 2015, p. 66-72) nos permite evidenciar como o uso intensivo de agrotóxicos na agricultura pode, por meio do consumo de água, atingir muito mais pessoas do que as que estão envolvidas diretamente na produção agrícola.

Dessa forma, para muito além da exposição via alimentação, que é o terceiro ponto, estamos ingerindo agroquímicos pela água que consumimos. Independente da fonte, sabemos que há água contaminada, o que nos coloca em situação de vulnerabilidade, pois estamos sendo expostos e podemos ser cumulativamente intoxicados. Esses grupos de risco podem ser avaliados como alvos de uma intoxicação crônica, que ocorre por meio da água, do ar, dos alimentos ou pela pele. Exemplo disso foi o caso denunciado por moradores do município de Lucas do

Rio Verde, interior do estado de Mato Grosso, que, em 2006, sofreu com chuva de agrotóxicos (PIGNATI, MACHADO e CABRAL, 2007).

Compreendemos que esse tipo de intoxicação deve ter um recorte diferenciado em pesquisas e análises para abarcar a complexidade do campo, visto que são dosagens mais baixas em períodos de tempo mais longos, gerando alterações metabólicas que terão desfechos adiante, às vezes décadas depois do fenômeno ocorrido, diferentemente das intoxicações agudas, em que temos dados epidemiológicos por que as dosagens são mais altas e o período de tempo mais curto, ocorrendo de uma hora para outra. São os dados de intoxicação aguda que encontramos e que nos permitem, a partir de análises mais profundas, estabelecer fortes conexões com os impactos do uso de agrotóxicos sobre a saúde humana. São nestes casos que, até 48 horas após a exposição, aparecem os sintomas da intoxicação que podem levar o atingido ao óbito, dependendo da condição de resistência do organismo e do grau da intoxicação ou provocar irritação da pele e olhos, cólicas, vômitos e diarreias, dificuldades respiratórias, convulsões e morte.

O câncer, caso emblemático, está envolvido nos distúrbios endócrinos e metabólicos como desfecho da intoxicação crônica, que servem como dispositivos de uma desregulação do corpo que gera uma disfunção orgânica de longo prazo com desregulação hormonal, produzindo algum tipo de câncer, já largamente associado pela literatura ao uso de agrotóxicos (CARNEIRO, 2015). Na questão da gestação, pode causar malformações congênitas ou indução ao aborto. Na questão do aleitamento, estudos já mostram a questão da presença de agrotóxicos no leite materno e, dessa forma, a criança já começa a ser contaminada no útero, depois nos primeiros momentos de vida e, assim, para o resto da vida.

Então, que perspectiva de vida tem o ser humano atualmente, que corre sérios riscos de já nascer sob os efeitos do uso intensivo de agrotóxicos? Podemos afirmar que hoje as crianças estão nascendo em condições bastante desfavoráveis. Qual será o futuro delas? Não temos como deixar de refletir sobre isso e colocar em discussão, porque talvez estejamos olhando muito para os resultados e deixando de analisar todo o processo. Temos outros aspectos a serem avaliado, como a infertilidade, os efeitos sobre o sistema imunológico e o câncer propriamente dito. Esses são alguns dos efeitos crônicos que a literatura aponta como desafio para os avanços nas pesquisas.

IMPACTOS SOCIAIS E AMBIENTAIS

Impactos sociais e ambientais acerca do uso intensivo de agrotóxicos estão sendo estudados, como custos de internações e tratamento, taxas de suicídio e contaminação da água e do solo. Pensando em custos para o sistema de saúde, é preciso avaliar: quem está pagando a conta desses impactos? Podemos afirmar que a sociedade está pagando a conta enquanto os detentores do poder e do capital enriquecem às custas de doenças de efeito agudo ou crônico dos agrotóxicos. O sistema de saúde tem que absorver toda a questão da internação e do tratamento das pessoas que adoecem. Outro impacto social muito grande que não se pode deixar de lado é a taxa de suicídios. Existem estudos que mostram a associação do suicídio com a depressão junto da população de agricultores, pois as taxas são elevadas em regiões onde a base da economia é a agricultura.

Dados de intoxicações agudas podem ser observados no Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX) do Instituto de Ciência, Inovação e Tecnológica (ICICT) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). É importante observar a mensagem que abre a página sobre as intoxicações, pois é relevante para a análise dos dados:

> Informamos aos usuários que o menor número de casos de intoxicações e envenenamentos registrado nas estatísticas publicadas pelo SINITOX, nos últimos anos, ocorreu em virtude da diminuição da participação dos Centros de Informação e Assistência Toxicológica (CIATs) nestes levantamentos. Portanto, o número de casos de intoxicações e envenenamentos, registrado pelos CIATs não vem decrescendo no país. A comparação de dados entre os anos deve ser realizada com cautela, buscando-se idealmente, utilizar registros provenientes dos mesmos CIATs.

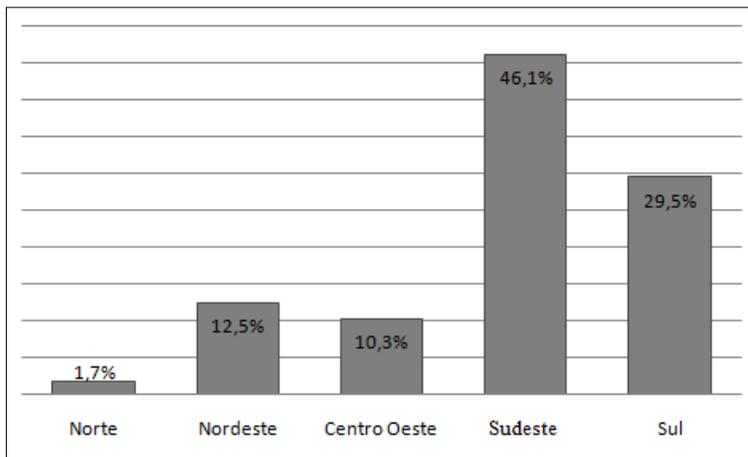
Aqui já são reveladas duas problemáticas: a primeira é que a Organização Mundial da Saúde (OMS) diz que para cada caso notificado temos cinquenta casos não notificados; a segunda é que isso significa que a realidade é muito mais dura do que os dados conseguem mostrar.

De acordo com o SINITOX, foram registradas 134.801 notificações entre 1999 e 2015, o que representa uma queda da informação, justificando o aviso na página inicial do site, acima referenciado. Entretanto, se refletirmos esse dado

com o que diz a OMS, multiplicando cada caso notificado por cinquenta casos não notificados, esse dado chegará aproximadamente a seis milhões, o que é muito mais impactante do que podemos imaginar. Assim, podemos deduzir a existência de um descontrole em relação ao uso de agrotóxicos, bem como a facilidade de acesso a esses produtos. Entre as categorias notificadas, estão contaminação por acidente individual e por acidente coletivo, acidente ocupacional, acidente ambiental, tentativa de suicídio, tentativa de aborto e uso em situações de violência, como em homicídios.

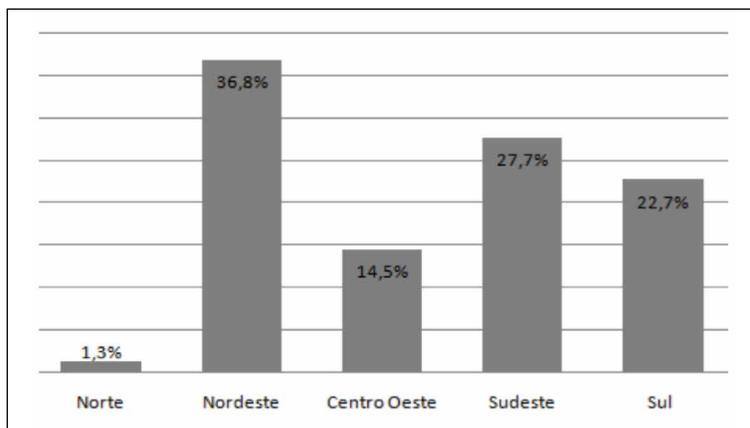
As três categorias que aparecem com mais frequência são: acidente individual (37,3%), tentativa de suicídio (36,2%) e acidente ocupacional (18,6%)[6]. Assim, podemos considerar a situação bastante grave, porque esses dados impactam na saúde do trabalhador do campo que tem acesso a esses venenos, não podendo se desassociar a questão da tentativa de suicídio.

É possível identificar a desigualdade existente entre as regiões brasileiras (Gráfico 2). A proporção de intoxicações, sobre números brutos, que já dá uma visão do que está acontecendo, é decrescente da região Sudeste, Sul, seguida do Nordeste, Centro-Oeste e Norte.

Gráfico 2 – Porcentagem de intoxicações humanas por uso doméstico ou agrícola de agrotóxicos, de acordo com as regiões brasileiras, 1999-2015

Fonte: SINITOX (adaptado pelos autores).

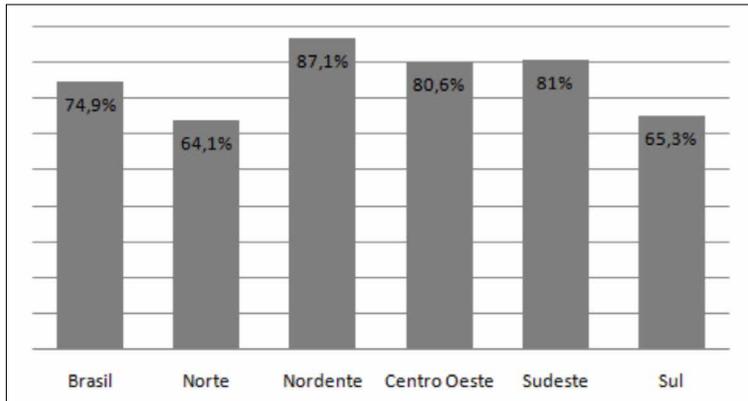
Entre os anos 1999 e 2016, foram registrados 2.947 óbitos decorrentes de intoxicações agudas por agrotóxicos, o que demonstra a seriedade do tema aqui tratado. É importante ressaltar a subnotificação existente (1 X 50), o que eleva ainda mais o número de óbitos.

Em relação aos óbitos, é possível inferir que o acesso ao serviço está modificando essa distribuição (Gráfico 3). A questão da desigualdade em saúde está implícita nesses dados, os quais indicam que não está se conseguindo dar respostas às intoxicações agudas, pois a notificação significa que o paciente chegou ao sistema de saúde, mas não ocorreu um atendimento resolutivo. Ou seja, há problemas no acesso ao sistema de saúde ou na resolutividade do atendimento, visto que as pessoas são notificadas, mas estão evoluindo a óbito.

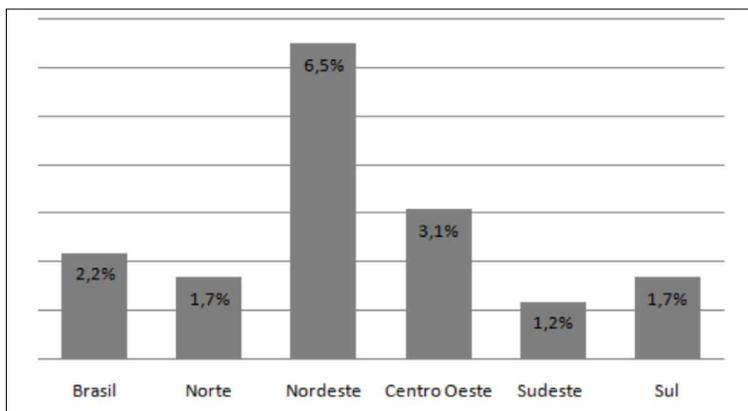
Gráfico 3 – Porcentagem de óbitos por uso doméstico ou agrícola de agrotóxicos segundo as regiões brasileiras, 1999-2016

Fonte: SINITOX (adaptado pelos autores).

Quando se distingue a questão do suicídio dentro dos óbitos (Gráfico 4), verificamos que 64,1% a 87,1% dos óbitos foram decorrentes de suicídio. Podemos inferir que o acesso ao veneno está provocando a morte por suicídio e, de acordo com estudos, são decorrentes da depressão, que é uma doença crônica. O efeito de dose-resposta deve ser levado em consideração, ou seja, estar mais exposto ao agrotóxico, tanto ao uso quanto ao acesso parece estar aumentando a incidência de suicídio.

Gráfico 4 – Porcentagem de óbitos por suicídios decorrentes do uso doméstico ou agrícola de agrotóxicos no Brasil e regiões, 1999-2016

74,9%
64,1%
87,1%
80,6%
81%
65,3%
Brasil
Norte
Nordente
Centro Oeste
Sudeste
Sul

Fonte: SINITOX (adaptado pelos autores).

A letalidade por região demonstra a desigualdade social gritante existente, refletindo também o acesso ao sistema de saúde (gráfico 5). Para pensar letalidade, o numerador da fórmula é o número de óbitos, e o denominador, o número de intoxicações. A desigualdade regional acaba implicando no próprio sistema de saúde que não está sendo resolutivo e nem impedindo as pessoas de morrer – com ações de prevenção.

Gráfico 5 – Taxa de letalidade por intoxicação aguda devido ao uso doméstico ou agrícola de agrotóxicos. Brasil e regiões, 1999-2015

Fonte: SINITOX (adaptado pelos autores).

Enfim, os dados apresentados podem ser vistos como resultados de mais uma das facetas de nossa crise societária, marcada hegemonicamente pela lógica do capital em detrimento da lógica da vida. O desenvolvimento proposto pela Revolução Verde ao Brasil Rural não acabou com a fome e não tem compromisso algum com o território, a natureza, o trabalho e a cultura, ou seja, com a vida humana e suas relações. Resultados que se entrelaçam e nos atingem nos interstícios de nossa curta história e que não podem ser esquecidos, pelo contrário, precisam ser lembrados e problematizados para que as novas gerações possam avançar na construção de uma sociedade mais sustentável, com pegadas menos onerosas à vida na Terra.

COLONIALIDADE, QUESTÃO AGRÁRIA E SAÚDE

Abordar o uso intensivo de agrotóxicos fomentados por agentes do agronegócio é também revisitar a história e a geografia do Brasil e analisar as formas e os processos que marcaram a constituição de nosso território nacional, nossas territorialidades, nossas geografias (PORTO-GONÇALVES, 2006). Consideramos importante reafirmar nossa capacidade de transformação do espaço, das relações sociedade-natureza, fato que nos faz ascender em relação aos outros seres vivos. O trabalho nos faz ser o que somos pela ampliação de nossa capacidade de apropriação e transformação da natureza, cujo resultado pode ser visto como a expressão do nosso avanço e da nossa potência em termos de transformação, porque se projeta o avanço de nossa humanização em termos de técnica e ciência (SANTOS, 2006).

A humanidade modificou suas relações no modo de cultivar e/ou produzir alimentos ao longo de sua história. Por sua vez, mudam as relações sociedade-natureza e mudam os modos de vida. Nossa capacidade de produção tecnológica é altamente qualificada neste momento da história. Avançamos demais na química fina, na nanotecnologia, na tecnologia de ponta, com alta capacidade de circulação, de diálogo e de troca de energia em várias dimensões da vida. Essa capacidade, ao mesmo tempo em que ajudou a melhorar as condições de nossa estadia no mundo, por estarmos em um tecido social ancorado em uma lógica de produção econômica bastante desigual e que provoca desigualdades e promove exclusão social, trouxe uma enorme capacidade de autodestruição.

Quando refletimos sobre o Brasil e sobre a América Latina, é sempre importante lembrar que passamos por um processo de colonização por exploração. Isso, às vezes, falta nas nossas análises. E muito do que ainda está presente no nosso tecido social hoje é fruto desse processo colonizador. Se rompemos alguns laços com as metrópoles no processo de independência no século XIX, outros permaneceram. Então, alguns valores morais, éticos e estéticos persistem e ainda atravessam o nosso tecido social, não mais como colonialismo, mas como colonialidade. Uma colonialidade que é do poder, do saber, do ser e da natureza (CRUZ, 2017).

Pensadores como Aníbal Quijano, Walter Mignolo e Arturo Escobar, por exemplo, nos permitem evidenciar que no século XVI, ¾ do planeta foram colocados em estado de natureza. O que significa serdo compreendido como estando em estado de natureza nesse período da história? Se unirmos essa reflexão à máxima filosófica de René Descartes "Penso, logo existo", já é possível observar dispositivos de raízes coloniais com certa potência que ainda persistem na nossa realidade. Todos os povos originários que estavam aqui e que tinham construído seus territórios foram homogeneizados na figura do Índio (sem alma, objetos de dominação). Negros que tinham suas trajetórias-perspectivas societárias na África foram sequestrados e, pelo pacto colonial, escravizados nas colônias americanas. Ampliou-se a compreensão de que nossa natureza pode ser saqueada, extraída de acordo com os interesses dos colonizadores (SANTOS E MENEZES, 2010; SANTOS, 2006; LANDER, 2005).

Não é por acaso a existência de inúmeros conflitos territoriais envolvendo terras indígenas e quilombolas no Brasil da atualidade, e os agroestrategistas enxergam as comunidades tradicionais e os povos originários como entraves ao desenvolvimento (ALMEIDA, 2010). Também não é por acaso que, pela mineração e o avanço do agronegócio, veremos a Amazônia ser ameaçada de forma mais intensa nos próximos anos. Com base no que aconteceu nos crimes ambientais que marcaram o rompimento das barragens de Mariana e Brumadinho, ambas em Minas Gerais, podemos inferir que nossas vidas e nossa ambiência valem muito pouco diante das forças "coloniais-capitalistas-neoliberais".

Podemos afirmar que a colonialidade persistente em nosso tecido social é tão forte que o nosso projeto de desenvolvimento ainda olha para países do Norte (Estados Unidos, União Europeia). O Norte é desenvolvido, e o Brasil está em subdesenvolvimento, sendo parte da periferia do sistema-mundo moderno-colonial. Na contemporaneidade, principalmente, essa compreensão avança.

Se há uma reprimarização da economia e se estancamos qualquer possibilidade de avançar tecnologicamente ou de investir em produção de tecnologia alternativa em nosso próprio país que tenha como ponto de partida nossos interesses, nos colocamos apenas na condição de servir matéria-prima e voltamos às raízes desses mesmos dispositivos. Quando os avanços técnicos foram ocorrendo ao longo da história do país, marcando a apropriação do território camponês pelo capital, ele veio carregado com a ideologia de que tudo o que vem do Norte ou do exterior é tecnologicamente mais avançado, negando conhecimentos, saberes e práticas que já existiam aqui. Nesta lógica, o rural atrasado precisa ser modernizado, tecnificado, urbanizado.

Em suma, ainda vivemos efeitos de um processo de colonização por exploração de elementos que são de natureza e de grupos humanos como os indígenas e os negros quilombolas, em um movimento permanente de produção de subalternização no sistema-mundo moderno-colonial. Moderno-colonial porque a história do Brasil sempre foi olhada pelo lado da modernidade, do ponto de vista de que o Brasil foi "descoberto" por Portugal. A ideia do descobrimento do Brasil traz embutida a ideologia que esquece que aqui havia um lado, havia uma origem, havia outras relações. Isso nos desafia a inverter nosso olhar e nossas leituras de mundo também, pois nos desafia a olhar a história a partir daqui, "desde abaixo", digamos.

Nesse processo, há permanente atualização do que já nomeamos de acumulação primitiva do capital. Se buscarmos as teses mais clássicas de Marx, evidenciaremos que quanto mais se explora o território alheio, mais se acumula riqueza. A base de sustentação da Revolução Industrial do século XIX se deu também pela acumulação primitiva do capital. Na contemporaneidade, esse fenômeno é muito mais refinado, pois se esconde por trás do discurso do desenvolvimento que distorce e mascara informações e conhecimentos que relevam seus reais efeitos. Os agravos à saúde humana produzidos pelo uso intensivo de agrotóxicos é efeito deste refinamento. Envenenar as vidas e nossa natureza constitui o preço a ser pago para garantir a riqueza de alguns.

Isso também se refere à expropriação e dominação de terras, bem como ao extermínio de povos e comunidades tradicionais. Se visitarmos a história do Brasil sob o ponto de vista da modernidade-colonialidade, teremos uma melhor ideia de quantos troncos linguísticos foram exterminados, sustentados pela compreensão de certa superioridade de povos sobre outros. Assim, nossa história vai criando

um caldo de expropriação e de concentração que pode ser considerado o berço da questão agrária brasileira, pois a terra passa a ser de quem a possui e produz sobre ela, a partir de uma perspectiva de produção em que a terra é mercadoria, negando acesso a terra, território e dignidade a muitos de nós, criando-se um padrão de quem pode ter acesso à terra, de quem pode ter a posse da terra e, depois, de quem pode ter a propriedade da terra.

A Constituição Federal de 1988 considera o aproveitamento racional e adequado do imóvel rural como elemento necessário para observância da função social da terra, sem deixar claro o que significa esse aproveitamento racional e adequado da terra. No Brasil, neste momento, na visão dos trabalhadores sem-terra, há propriedades que não cumprem a sua função social. E há muito conflito, pois, na visão do fazendeiro, cumpre. Ou seja, ao mesmo tempo em que a terra que não cumpre a função social pode ser liberada para a reforma agrária, o dispositivo da Constituição deixa canais abertos para as disputas ideológicas dentro do poder público, no seio da bancada ruralista em que se encontram os agroestrategistas.

Para nosso debate, torna-se muito importante o que compreendemos por Revolução Verde, algo que compreende o latifúndio, mas vai além dele. No Brasil, a partir dos anos de 1970, sobretudo, a Revolução Verde vem sendo muito marcada pelo avanço técnico-científico, com a disseminação agroquímica, a mecanização da produção, a especialização do trabalho, a transferência de tecnologia, precisando avançar tecnologicamente para que, segundo seus idealizadores, viesse a resolver um problema estrutural do mundo, que era a fome.

Esse problema estrutural não é resultado da falta de produção de alimentos como já anunciava Josué de Castro (1984), mas sim pelo tecido social capitalista que promove uma distribuição desigual da riqueza, gerando o problema crônico da pobreza e da desigualdade social da população brasileira. Agora não é mais o problema da fome, apesar de ela estar ao lado, mas é o do aquecimento global, por exemplo. E fica autorizada a produção de *commodities* com intenso uso de agrotóxicos, símbolo do desenvolvimento do agronegócio, que é "pop, é tech, a indústria-riqueza do Brasil", conforme divulgação em campanha de valorização do agronegócio pelas indústrias Globo: "Agro: a indústria-riqueza do Brasil".

No Brasil da atualidade, o latifúndio estabelece uma relação com o mercado, com o capital, com a lógica das *commodities*. O agricultor familiar, no entanto, a exemplo do que acontece na região oeste catarinense, teria todas as condições de

não estar integrado a esse sistema, mas ele passa a integrar-se, principalmente à cadeia de aves, suínos e leite, que é a mais potente. O acúmulo de conhecimento científico pela humanidade nos permite evidenciar que há, ainda, um processo que monopoliza o território alheio e subordina o trabalho do produtor rural à lógica do capital. É de tal força este movimento que, se caso tivermos uma fuga de capital, ou seja, caso algumas empresas migrem ou deixem de produzir por conta de alguma crise (a exemplo dos efeitos da Operação Carne Fraca), certamente vivenciaremos nesta região não só a produção de desempregos dentro dos frigoríficos, como também se atingirá um conjunto significativo de famílias que dependem quase que totalmente desse processo de integração. Há muitas outras formas de dominação pelo Brasil que seguem esse mesmo ritmo.

Assim, vamos aderindo a um projeto de desenvolvimento. Mas de qual projeto de desenvolvimento falamos? Quais são os caminhos que queremos trilhar, diante deste cenário que vem sendo marcado pela subordinação, pela exploração da natureza e do trabalho, pela intoxicação? É preciso pensar em qual projeto de sociedade queremos e o que podemos fazer enquanto cientistas. E isso recoloca outros desafios, isto é, além de olharmos as tensões sociais existentes no campo atualmente, torna-se relevante trazer o tema da alimentação e ao mesmo tempo da saúde humana, porque tudo tem a ver com a saúde. A Anvisa e pesquisadores começam a demonstrar que estamos consumindo uma quantidade elevada de agrotóxicos, acima do que é permitido pelas agências fiscalizadoras. Pela nossa saúde, ressaltamos a urgência da agroecologia. É importante destacar o "Pequeno Ensaio Cartográfico sobre o Uso de Agrotóxicos no Brasil", publicado pelo Laboratório de Geografia Agrária da USP.

A URGÊNCIA DA AGROECOLOGIA

É urgente a necessidade de discutir alternativas. A Agroecologia é uma alternativa muito emblemática, pois potencializa um conjunto de saberes e práticas que sempre existiram na história do Brasil, que foram sendo sufocados pelos agentes do agronegócio, sustentados pela ideologia do desenvolvimento, ancorados nas raízes da colonialidade do saber, do poder, do ser e da natureza. Trata-se de técnicas de uso do solo pelos agricultores que são heranças dos nossos povos originários, caboclos, negros escravizados. Há muito conhecimento tradicional

com a lida na terra que foi rompido ou colocado em um lugar muito periférico no movimento de propagação e fortalecimento da perspectiva da Revolução Verde a partir da segunda metade do século XX.

Altieri (2004) traz a definição de agroecologia como um conjunto de habilidades tradicionais em que nós também avançamos como humanidade, técnica, informacional e cientificamente, tendo um acúmulo de conhecimentos que precisa ser levado em conta, no modo de organização social e produção de alimentos. Muita gente olha a agroecologia e pensa apenas no modo de produção, entretanto falamos de um modo muito diferenciado de relação sociedade-natureza na produção de alimentos.

A agroecologia sustenta-se na ecologia, na antropologia, nas ciências econômicas, agrárias, agrícolas, tudo o que conseguimos avançar e que vai criando um caldo muito potente de princípios, de formas tecnológicas específicas, de aprendizagem, de tratamentos e, desta forma, até a extensão rural precisa ser diferente quando se discute agroecologia. Porque não se trata de fazer uma transmissão de tecnologia, mas sim de construir conjuntamente, de pensar, de observar, de monitorar, até a relação com a pesquisa e com a ciência é diferenciada, pelo conjunto que a produção de vida coloca. Conceitos como agrobiodiversidade, sanidade vegetal, ecologia do solo e sustentabilidade vêm sendo apropriados pelo agronegócio. Mas conseguimos encontrar uma ressignificação no caso da agroecologia, como a reciclagem de biomassa, assegurar a alta qualidade do solo, solo com vida, matéria orgânica, como minimizar, por exemplo, a perda de nutrientes, energia, água, recursos genéticos, biodiversidade daquele ambiente – daquele agroecossistema, diversificação genética.

Ao mesmo tempo, temos a dimensão política e cultural, por isso é muito mais do que um modo de produção, no qual se discutem a soberania alimentar, a ideia de alimentar mercados locais, de ter um sistema alimentar alternativo, a reforma agrária e a comunidade. Isso é muito forte, já que o tecido social capitalista tem uma tendência de destruir qualquer possibilidade de união, de articulação, de comunhão, de solidariedade, em qualquer escala. Em todo o Brasil, temos terras e territórios que estão voltados para a alimentação saudável. É preciso investir e sair da invisibilidade, pois temos experiência e possibilidade de produzir alimentos de alta qualidade, os quais podem ser, futuramente, de acesso a todos.

Permanece o desafio de repensar nossa postura na relação sociedade-natureza e na nossa relação entre sociedades. É preciso repensar, pois estamos chegando a

um momento da história que mostra cada vez mais nossa capacidade de transformação da realidade em um tempo que passa muito rapidamente, não conseguimos mais enxergar as pessoas. O sistema metabólico do capital aprofunda cada vez mais nossa capacidade de destruição. Há que se olhar para a degradação da vida. A cultura capitalista no campo está muito ligada com o uso de técnicas, com a intensidade de trabalho, com a produção, mas temos que rever isso, porque, ao mesmo tempo em que criamos a tecnologia que nos liberaria do trabalho, criamos mais trabalho. E o nosso potencial de consumo precisa ser reavaliado: será que precisamos, efetivamente, de tudo o que consumimos? Como superar essa obsolescência programada?

O modo de vida hegemônico, ancorado na lógica do capital, está esgotado. As pessoas não se olham mais. As pessoas não têm mais tolerância uns com os outros, elas não se respeitam mais. Uma nova perspectiva de sociedade é necessária, porque essa que vivemos não serve mais para nós e nem para as futuras gerações. Só vai sobrar para alguns e, para a grande maioria, será o labor mais pesado, a exclusão mais pesada e a dominação. As novas gerações terão as piores condições de vida se esse projeto de sociedade continuar nesse ritmo de destruição. Pessimistas na análise e otimistas na ação; então, agroecologia sempre pode ser um grande dispositivo de transformação para uma vida melhor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo, a partir de uma abordagem interdisciplinar, procuramos ressaltar o quanto o projeto hegemônico de desenvolvimento para o Brasil rural, reforçado na atual conjuntura política do Brasil pelo Governo Federal, vem apostando cada vez mais na intensificação do uso de agrotóxicos na produção de alimentos. Dados coletados em fontes seguras como as que utilizamos aqui, assim como os diálogos estabelecidos com nossos referenciais teóricos de base científica e outros debates travados em laboratórios e pesquisas, nos permitem reafirmar o caráter catastrófico deste projeto em andamento e que atinge a todos nós, nos campos e nas cidades. O câncer maligno, como resultado da sociedade do veneno, fruto do projeto do agronegócio destrutivo, pode ser visto como uma das facetas mais perversas do avanço do capital no campo.

Apontamos a agroecologia como parte importante de um projeto societário que tenha como objetivo a construção de uma sociedade saudável e sustentável, a agricultura familiar e camponesa como espaço-território de luta e vida, permanecendo em nossas agendas de trabalho o desafio da construção de ciência e tecnologia a partir de uma perspectiva popular e contextualizada, que tenha como ponto de partida os interesses dos sujeitos que habitam e produzem seus territórios e são impactados negativamente pelos projetos extrativistas e espoliadores do agronegócio. Uma universidade pública e popular como a que almejamos na UFFS não se faz nos gabinetes, mas com a participação efetiva do povo.

É certo que não finalizamos por aqui este debate. Ele continuará ocorrendo em nossos espaços de trabalho e formação, no diálogo com a comunidade regional, seus sonhos e utopias. A pauta de uma sociedade saudável não pode ser entendida como sendo apenas de um ou outro governo, de um ou outro movimento social e/ou sindical. Mas, sim, como uma pauta de toda a sociedade. Precisamos trabalhar muito para dar visibilidade às atrocidades do veneno e incentivar mudanças mais profundas em nossos hábitos alimentares, de relação com o campo e o campesinato. Eis que o trabalho continua!

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. W. B. de. Agroestratégias e des-re-territorialização: direitos territoriais e étnicos na mira dos estrategistas dos agronegócios. *In*: ALMEIDA, A. W. B. de. (org.). **Capitalismo globalizado e recursos territoriais**. Rio de Janeiro: Lamparina, 2010.

ALTIERI, M. **Agroecologia:** a dinâmica produtiva da agricultura sustentável. 4. ed. Porto Alegre: UFRGS, 2004.

CAPRA, F. **O ponto de mutação.** São Paulo: Cultrix, 2005.

CARNEIRO, F. F. (org.). **Dossiê Abrasco:** um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; São Paulo: Expressão Popular, 2015.

CASTRO, J. de. **Geografia da fome:** o dilema brasileiro: pão ou aço. Rio de Janeiro: Edições Antares, 1984.

CRUZ, V. do C. Geografia e pensamento descolonial: notas sobre um diálogo necessário para a renovação do pensamento crítico. *In:* CRUZ, V. do C.; OLIVEIRA, D. A. de. **Geografia e giro descolonial:** experiências, ideias e horizontes de renovação do pensamento crítico. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2017.

LANDER, E. (org.). **A colonialidade do saber**: eurocentrismo e ciências sociais.

Perspectivas latino-americanas. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Colección Sur Sur, CLACSO, 2005.

PIGNATI, W. A.; MACHADO, J. M. H.; CABRAL, J. F. Acidente rural ampliado: o caso das “chuvas” de agrotóxicos sobre a cidade de Lucas do Rio Verde – MT. *In:* **Ciência & Saúde Coletiva**. 12 (1): 105-114, 2007.

PORTO-GONÇALVES, C. W. A Reinvenção dos Territórios: a experiência latino-americana e caribenha. *In:* **Los desafíos de las emancipaciones en un contexto militarizado.** Buenos Aires: CLACSO, 2006.

SANTOS, M. **A Natureza do Espaço:** Técnica e Tempo, Razão e Emoção. 4. ed. 2. reimp. São Paulo: EDUSP, 2006.

SANTOS, B. de S.; MENESES, M. P. (org.). **Epistemologias do Sul**. São Paulo: Cortez, 2010.

SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES TÓXICO-FARMACOLÓGICAS (SINITOX). Disponível em: https://sinitox.icict.fiocruz.br/dados-nacionais. Acesso em: 20 maio 2020.

PARTE 5 –

EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO EM SAÚDE

16. FORMAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE

Ricardo Burg Ceccim[1]

INTRODUÇÃO

Este capítulo resulta da apresentação preparada para o I Congresso Internacional de Políticas Públicas de Saúde, uma oportunidade primeira e específica de promover espaço para "pensar" teórica, científica e politicamente o campo das Políticas Públicas diante dos Sistemas de Saúde, enfocando a construção e o fortalecimento dos princípios de justiça social presentes no acesso universal às ações e aos serviços de saúde. À época, me vali de uma pesquisa realizada junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, orientada pela professora de Políticas Públicas e Sistemas de Saúde, Lisiane Böer Possa, e empreendida pela mestranda Sharlene Goulart Rodrigues. O trabalho foi supervisionado pela professora de *Sociologia e Políticas Públicas*, Soraya Côrtes. A pesquisa envolveu os Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, em Políticas Públicas e em Educação, sendo concluída e publicada como dissertação de mestrado em dezembro de 2015 (RODRIGUES, 2015). A metodologia seguiu o roteiro da análise de política e a estratégia do estudo de caso: atuação de indivíduos e grupos na condução estatal nacional de uma política pública, aprofundando conhecimentos sobre o surgimento de um "campo de ação estratégica" (FLIGSTEIN, 2007).

---

[1] Doutor em Psicologia Clínica. Pós-doutor em Antropologia Médica. Professor Titular na área de Educação em Saúde/Saúde Coletiva e docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Membro titular da Comissão Nacional de Residência Multi/Uniprofissional em Saúde.

A política analisada instaurou-se no contexto de criação de uma secretaria nacional junto ao Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em 2003, e da implementação do mandato constitucional (Constituição Federal, 1988) de "ordenamento da formação de recursos humanos na área de saúde" (Art. 200), entre 2003 e 2007. Trata-se de um estudo de análise de políticas públicas relativo à proposta de uma Política Nacional de Educação e Desenvolvimento dos Trabalhadores de Saúde, apresentada pelo governo federal como "Caminhos para a Educação Permanente em Saúde". Observou-se que as prerrogativas de criação de uma secretaria e o mandato constitucional à ação do setor sanitário nacional reorganizaram o campo da educação de profissionais de saúde.

No campo da educação de profissionais de saúde, encontram-se: a relação entre os setores de saúde e de educação; a relação das instituições formadoras com os serviços de saúde; a educação em serviço destinada aos trabalhadores já inseridos no ambiente produtivo; a relação ensino-sociedade; e a relação educativa que constrói as interações entre profissionais e usuários das ações e serviços de saúde. Quando criada e formulada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) – estratégia do SUS para formação e desenvolvimento de trabalhadores ao setor –, verificou-se, na atuação dos atores dirigentes da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, a conformação de um novo campo de ação estratégica: o ordenamento da formação de recursos humanos na área de saúde foi transposto de uma normativa constitucional e legal a um "Campo de Ação Estratégica" em políticas públicas – CAE (FLIGSTEIN, 2007).

A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e a formulação, pela primeira vez, de uma política nacional específica à educação na saúde constituíram as condições de viabilidade para o surgimento de um "campo de ação estratégica" no setor da saúde. Importante apontar que diversos antecedentes desta política podem ser arrolados sob a forma de programas, projetos e planos de ação, inclusive a elaboração de uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (NOB-RH/SUS), sem, entretanto, até então, referir uma Política Nacional de Educação na Saúde.

Em todos os documentos relativos aos recursos humanos da saúde, o rol de itens relativos à educação acompanha a dimensão da formação (valorização dos trabalhadores e valorização do trabalho por meio da elevada qualificação dos trabalhadores), não o campo educativo. Deve-se lembrar da análise de

Paulo Henrique d'Ávila Seixas, de 2002, designada como "A Política de Recursos Humanos e os campos específicos – conjunturas e ações desenvolvidas", relativa ao projeto nacional de 1999 a 2002 (SEIXAS, 2002). A NOB-RH/SUS, construída ao longo de quatro anos pela Comissão Intersetorial de Recursos Humanos, do Conselho Nacional de Saúde, configura a proposta de uma Política de Gestão do Trabalho na Saúde. Nela se incluem a formação, mas falamos da gestão da educação na saúde como política pública específica e sua análise como correspondente à evidência do surgimento de um novo campo de ação estratégica em política pública.

O surgimento do campo de ação estratégica relativo à educação na saúde ensejou repercussão nos setores da saúde e da educação, no controle social em saúde e na gestão pública interfederativa. Ao tornar-se campo de ação estratégica, a política proposta ao campo sanitário deixa de ser uma política de governo, ascendendo a política de Estado e de importante defesa por atores sociais não governamentais, assim como de atores governamentais distintos dos atores de formulação da política em causa. Muito mais tarde, em 2017, já diante de um governo instaurado por força de um processo de *impeachment* da presidenta eleita, se notará, por exemplo, a emissão de portaria ministerial para o "Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente no Sistema Único de Saúde", cujo objetivo foi o de "retomar o processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde", incentivando ao desenvolvimento de ações para a educação e o desenvolvimento dos trabalhadores em saúde necessários ao SUS (BRASIL, 2017).

As teorias da análise de políticas públicas informaram o delineamento das perguntas centrais da pesquisa, compondo o enquadramento do estudo. A pesquisa indicou "A emergência do *campo* da educação permanente em saúde no Brasil: o ordenamento da formação de recursos humanos no Sistema Único de Saúde, 2003-2007" (RODRIGUES, 2015). A implantação da política pública foi investigada, explorando-se seu desenvolvimento na construção de interações sociais, os atores e a historicidade da ação dos atores, os processos de disputa e a articulação dos envolvidos, reconhecendo-se evidências à emergência de um "campo" na cena da saúde e da educação nacionais. Uma análise anterior, também com fulcro na formulação da política nacional de educação permanente em saúde, foi publicada em 2009. Articulava referências de educação na saúde, saúde coletiva e ciências políticas, tratando da análise da "educação e desenvolvimento

para o Sistema Único de Saúde" no âmbito das políticas públicas (CECCIM; BRAVIN; SANTOS, 2009).

Uma política pública é um conjunto de programas, projetos e planos de ação implementados pelo Estado, com participação de entes públicos e/ou privados, destinando-se a assegurar o bem-estar, a justiça social e os direitos de cidadania. A política de educação na saúde gerou programas, projetos e planos de ação relativos à: formação e interação da política de saúde com as políticas de educação; integração do sistema sanitário com as instituições formadoras de educação profissional e educação superior; articulação com as entidades de educação popular em saúde; criação de programas de residência em área profissional da saúde; interlocução com o movimento estudantil. Da mesma forma que o sistema sanitário nacional tem nome no Brasil – Sistema Único de Saúde (SUS) –, a política nacional de educação na saúde ganhou nome: Educação Permanente em Saúde (EPS).

POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: ESTRATÉGIA NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS

Conforme a Constituição Federal, ao sistema sanitário nacional compete, além de outras atribuições, nos termos da lei, "ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde" (Art. 200, Inciso III). Nos objetivos e nas atribuições do sistema sanitário nacional, segundo a Lei Orgânica da Saúde, "a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde" (Título II – Do Sistema Único de Saúde, Capítulo I – Dos Objetivos e Atribuições, Art. 6º, Inciso III) está incluída como terreno de atuação. Da Lei, consta a determinação de criação de "Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior". Essas comissões têm "a finalidade de propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições" (Título II, Capítulo III – Da Organização, da Direção e da Gestão, Art. 14).

A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão exercer, em seu âmbito administrativo, "a atribuição de participação na formulação e na execução da

política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde" (Título II, Capítulo IV – Da Competência e das Atribuições, Seção I – Das Atribuições Comuns, Art. 15, Inciso IX). Segundo a Lei, "à direção nacional do SUS compete promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde" (Título II, Capítulo IV, Seção II – Da Competência, Art. 16, Inciso IX). O Título IV é específico, "Dos Recursos Humanos", e, em seu Art. 27, define: "a política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo", atendendo ao objetivo de organizar "um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal". O Art. 27 destaca que os serviços integrantes do SUS "constituem campo de prática para o ensino e a pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional".

Com a criação da SGTES, em 2003, uma política de educação na saúde, a Política de Educação e Desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde foi negociada e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, bem como negociada e pactuada com a Comissão Intergestores Tripartite. Da mesma forma, foi submetida para a 12ª Conferência Nacional de Saúde, no final do mesmo ano, tendo sido referendada. Ao longo desse período, foi marcante a explicitação de método em uma política do campo sanitário em interface com o campo educativo: a educação permanente em saúde.

A educação permanente em saúde deveria ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, formação que acontece no cotidiano dos trabalhadores e do trabalho, segundo os problemas enfrentados na realidade e levando em consideração os conhecimentos e as experiências distribuídos nas equipes em colaboração e cooperação (BRASIL, 2004). Contrapunha-se aos treinamentos e às capacitações (treinamento e capacitação são linguagem clássica dos programas centralizados e verticais), de forma que as qualificações devessem ser orientadas pelas necessidades de saúde da população, do próprio setor da saúde e do controle social, segundo duas indagações: o que é ou quais são os problemas que afastam nossa prática da atenção integral à saúde e de qualidade? Como mudar essa situação? (BRASIL, 2005; CECCIM, 2005).

A educação na saúde precisa construir, de modo aliado ao conhecimento técnico, a defesa do sistema sanitário nacional, especialmente quanto à integralidade

da atenção, participação popular e descentralização da gestão. O processo aprendente seria aquele da busca de soluções criativas para os problemas encontrados, o desenvolvimento do trabalho em equipe matricial, a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde e a humanização do atendimento. Os serviços de saúde não deveriam ser serviços de "assistência técnica autorizada", mas de cuidado, proteção e defesa da vida (BRASIL, 2005b).

Foi assim que a Resolução CNS nº 335, de 27 de novembro de 2003, afirmou a aprovação da "Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde"; já a Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004 – Ministério da Saúde, instituiu a "Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor". A Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 – Ministério da Saúde, dispôs sobre as "Diretrizes para a Implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde" e a Portaria n° 3.194, de 28 de novembro de 2017 – Ministério da Saúde, dispôs sobre o "Programa de Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente no Sistema Único de Saúde" (Pró-EPS/SUS), ambas em curso.

Há uma sutil, mas interessante diferença nas quatro nomeações: compreensão inicial dos atores da formulação (2003); escolha por um nome "fantasia" (2004), objeto de melhor comunicação, compreensão rápida e bandeira de luta por uma educação com os princípios do SUS; a persistência no nome "fantasia" (2007), agora já sob a condição de ascensão ao Campo de Ação Estratégica; anúncio de reedição ou retomada (2017), nesta última designada por Educação Permanente no Sistema Único de Saúde.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi discutida durante todo o ano de 2003, tendo sido aprovada em plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 04 de setembro de 2003. Em 17 de setembro de 2003, foi aprovado pelo plenário do Conselho Nacional de Representantes Estaduais do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONARES/CONASEMS). Então, foi pactuada como integrante da política nacional de saúde na plenária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 18 de setembro de 2003, e aprovada por esta instância em 23 de outubro de 2003 quanto aos recursos financeiros e sua forma de distribuição. Em 27 de novembro de 2003, o Conselho Nacional de Saúde deliberou, por meio da Resolução nº 335/2003, pelo reconhecimento da criação dessa Política Nacional.

Essa Política também foi referendada pelo plenário da 12ª Conferência Nacional de Saúde, em 11 de dezembro de 2003. Finalmente, em 13 de fevereiro de 2004, foi publicada como Portaria, a Portaria nº 198/2004 – Ministério da Saúde. Embora a maioria das publicações sobre o tema indique o nascimento da PNEPS em 13 de fevereiro de 2004, sua "ata de nascimento", como vimos, é a aprovação pelo CNS em 04 de setembro de 2003 (Ata da 134ª Reunião Ordinária do CNS). O conjunto de documentos citados pode ser encontrado no livro de documentos da SGTES, relativo à Política (BRASIL, 2004).

CONQUISTA DA ADESÃO AMPLIADA, AÇÃO COLETIVA E META DE ESTABILIDADE NA CONSTRUÇÃO DE UMA POLÍTICA PÚBLICA

Como indiquei ao início deste capítulo, me reporto a uma pesquisa de análise de política que contou com a convergência das áreas de Saúde Coletiva, de Políticas Públicas e de Educação intitulada "A emergência do *campo* da educação permanente em saúde no Brasil: o ordenamento da formação de recursos humanos no Sistema Único de Saúde, 2003-2007". Na análise dos dados e no relatório final, o estudo chegou à Teoria dos Campos ("Habilidade Social e Campos de Ação Estratégica"), de Neil Fligstein (2007). A teoria e o autor não faziam parte do escopo inicial da pesquisa. O objetivo das pesquisadoras foi analisar as condições de possibilidade que deram emergência a uma política pública apresentada ao país em 2003, e seu desdobramento em três momentos: projeto de uma equipe de governo, nova equipe de governo com posições divergentes e novo governo. Como ou por que a proposta se estabilizaria? Da situação de uma política de governo para a situação de uma política de Estado, constatou-se a elevação de uma "proposta de política pública" à constituição de um "campo de ação estratégica em política pública", não mais iniciativa de governo, mas luta e defesa de diversos atores na arena das políticas públicas de saúde e de educação.

A Teoria dos Campos, relativamente à análise de política pública, destaca a noção de habilidade social, abrangendo uma política das interações e mesmo o interacionismo simbólico (ou seja, o forte compartilhamento/identificação). A habilidade social também é a capacidade de mobilizar motivações e conquistar

adesões ou engajamento. A habilidade social dos atores é a de motivar outros a tomarem parte em uma ação política. O surgimento de um "campo" ocorre quando uma quantidade expressiva de atores sociais de diferentes grupos reconhece e deseja as oportunidades ensejadas e postas em acontecimento (produção de realidades). Os "atores sociais hábeis" orientarão suas ações para estabilizar oportunidades na introdução de campos sensíveis à adesão ou campos estratégicos à ação.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi apresentada à sociedade em 2003, ano da posse de um governo discursivamente aliado aos movimentos da Reforma Sanitária, desencadeados no país nas décadas de 70 e 80, do século passado, que culminaram com o texto constitucional que instaurou o SUS como sistema sanitário brasileiro. Ao longo de 2003, o governo conversou com toda a sociedade: instituições de ensino superior e técnico; movimento estudantil; associações de ensino; gestores estaduais e municipais; e movimentos populares de mediação pedagógica. Todos em seus segmentos de atuação ou presença na área do conhecimento em ciências da saúde, pertinência ao setor de execução das políticas públicas em saúde ou envolvimento na aplicação de saberes ao campo sanitário (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

Verificaram-se dois momentos importantes de quebra no projeto de governo que serviram, de certa maneira, para "testar" a imposição de um projeto de governo ou o surgimento de um novo campo de ação estratégica: a substituição da equipe de governo com a troca de ministro, em 2005, e o início de outro projeto de governo em saúde, a partir de 2007. Em 2005, no exercício do primeiro mandato, o presidente eleito compôs o Ministério da Saúde com parte expressiva de membros que haviam sido convidados para a equipe de estudos da transição de governo. A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) foi proposta absolutamente inovadora. Composta por dois departamentos, a gestora da Secretaria e os dois gestores de Departamento compunham o *staff* dirigente principal, todos participantes da equipe de transição. O Ministro havia sido o coordenador da área social e sanitária na transição, proveniente da mesma região de origem do presidente (Estado de Pernambuco).

Na condução da SGTES, uma equipe de gestores com experiência na gestão pública, na docência, na pesquisa e na atuação em redes pela mudança na educação dos profissionais de saúde. Passados 2,5 anos, o Ministro foi substituído, como parte dos acordos de governabilidade com o Congresso Nacional, sendo

afastados os gestores da Secretaria e do Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A pesquisa citada analisou os perfis de história da formação, atuação e habilidades sociais dos atores de 2003 a 2007, justamente em busca de evidências à análise de políticas públicas, chegando à Teoria dos Campos. A pesquisa não abrangeu o Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS), tendo em vista a precisão de seu recorte ao Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES).

O Departamento de Gestão da Educação na Saúde possuía, em 2003, três coordenações-gerais: Ações Estratégicas de Educação na Saúde, Ações Técnicas de Educação na Saúde e Ações Populares de Educação em Saúde. Na direção das três coordenações, um perfil de docentes pesquisadores com bagagem de militância em movimentos sociais e de educação popular, de luta pela interprofissionalidade e pela mudança na clínica (da "assistência técnica autorizada" para a "abordagem de integralidade da atenção"). Esses atores e esse *staff* saem em 2005, entrando uma equipe mais identificada com a consultoria científica e/ou de agência internacional. A Coordenação de Ações Populares de Educação em Saúde é extinta e suas atribuições, sob outra construção conceitual, são destinadas à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa em Saúde. Em 2007, inicia outra gestão de governo federal e em agosto de 2007 é publicada uma nova portaria ministerial à Educação Permanente em Saúde. A pesquisa citada abrangeu apenas o período 2003-2007, por isso se ocupou do reconhecimento do "surgimento" de um "campo" com força de "ação estratégica".

Entretanto, a estabilidade do campo se verifica também por outro corte, este em 2017, quando do *impeachment* da presidenta eleita, tendo assumido o vice-presidente eleito, mas sob um projeto de governo declarado em ruptura, tanto por participar da defesa do *impeachment*, quanto pelo projeto em contraponto apresentado ao Congresso Nacional para o período até as novas eleições presidenciais. Em que pese a ruptura deliberada do governo em exercício com o governo interrompido, a política nacional de educação permanente em saúde, enfraquecida, foi recomposta. Importante lembrar que era já o terceiro período de governo após o lançamento precursor da PNEPS.

Conforme a pesquisa, na formulação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, houve a conformação de um "campo de ação estratégica", atores sociais hábeis e estabilidade com base na adesão ampliada de grupos de atores sociais. A pesquisa caracterizou grupos e instituições convergentes à

emergência deste “núcleo de política” anteriormente ao ano de 2003 e a emergência de novos atores a partir de 2003. As categorias do “ordenamento da formação dos trabalhadores de saúde” e da “educação e desenvolvimento para o SUS” foram sistematizadas como: educação superior; educação técnica; educação popular; e educação em serviço a fim de buscar os atores individuais, institucionais e coletivos. Organizações e atores que atuavam politicamente nesses segmentos em educação foram partícipes do processo que culminou com a criação da SGTES e a formulação da PNPES.

ANTECEDENTES, CONDIÇÕES DE POSSIBILIDADE E ACONTECIMENTO DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

O tema da formação dos profissionais foi intenso, por exemplo, nos anos 1980 e 1990 (CECCIM; CARVALHO, 2006a; 2006b), especialmente com os Projetos de Integração Docente-Assistencial (Rede IDA), os Projetos Uma Nova Iniciativa: a Integração com a Comunidade (Rede UNI), o Movimento Participação na abertura dos Seminários Nacionais de Diretrizes da Educação em Enfermagem (SENADEn) e a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM). As redes IDA e UNI, após avaliações em conjunto, “reuniram-se” em Rede UNI/IDA e, finalmente, na Rede UNIDA. É importante lembrar-se da Rede de Educação Popular em Saúde (RedePop), que, especialmente nos anos 1990, reunia militantes – acadêmicos ou não – interessados ou atuantes em movimentos de base, nas periferias urbanas e na zona rural, e vinha pautando a mudança na formação em busca da inclusão das populações nos modos de ensinar, aprender e fazer saúde. Em 1986 e 1993 ocorreram a 1ª e a 2ª Conferências Nacionais de Recursos Humanos em Saúde.

Entre 1996 e 2000, houve a discussão de um documento de referência nacional, a ser adotado pelo SUS como marco ao ordenamento de políticas relativas ao trabalho no setor: a Norma Operacional Básica para os Recursos Humanos no SUS (NOB/RH-SUS), necessidade deliberada na 10ª Conferência Nacional de Saúde e documento final aprovado na 11ª Conferência Nacional de Saúde. Adotado, em 2003, pelo Conselho Nacional de Saúde como instrumento ordenador de política para a área de gestão do trabalho, praticamente não

abordava o tema da Educação, exceto sob a condição de valorização e direito dos trabalhadores. Neste mesmo ano, o Ministério da Saúde criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), modificando o enunciado "Recursos Humanos da Saúde" para o enunciado "Trabalho e Educação na Saúde" (BRASIL, 2003). A organização em dois segmentos (trabalho e educação) aponta a distinção entre administração do trabalho e formação de trabalhadores. Mas a designação educação e não formação também carrega uma noção abrangente das práticas pedagógicas em serviços de saúde, das estratégias educativas na formação do pensamento e das metodologias de ensino para a mudança das práticas sociais e técnicas.

A separação dos segmentos Gestão do Trabalho e Gestão da Educação organizou dois segmentos de interlocução, interacionismo simbólico, influência social e produção de significados. Na Gestão do Trabalho, os interlocutores eram os Conselhos de Regulação do Exercício Profissional e os Sindicatos das Categorias Profissionais, assim como as instâncias de negociação do trabalho. Uma agenda relativa ao dimensionamento de pessoal, aos planos de cargos e carreiras, aos sistemas de recrutamento e seleção, sistemas de credenciamento e acreditação do trabalho, políticas e sistemas de regulação do trabalho, entre outras estratégias, inclusive a articulação com o Ministério ou os Setores do Trabalho. Na Gestão da Educação, os interlocutores eram universidades; escolas técnicas, associações de ensino, movimento estudantil, programas de residência, hospitais/serviços-escola, programas de pós-graduação, instâncias de mediação pedagógica em saúde nos movimentos sociais e populares, articulação com a avaliação institucional educativa em saúde, rede de escolas do SUS e rede de escolas de saúde pública, entre outras estratégias, inclusive a articulação com Ministério ou setores da educação.

O Ministério da Saúde, no período anterior à criação da SGTES, coordenava diversas estratégias de formação e desenvolvimento de pessoal, envolvendo, entre outros, cursos de curta ou longa duração e capacitações e qualificações. E também cursos de especialização e residência em saúde da família e de aperfeiçoamento de equipes gestoras, programa de incentivo para reforma curricular dos cursos de graduação em medicina, mestrados profissionais, profissionalização dos trabalhadores de nível médio, formação de professores para a educação profissional em saúde e formação de conselheiros (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Em suma, o Ministério da Saúde ocupava-se de cursos de formação, no

interior de uma Política de Recursos Humanos da Saúde, mas não de uma política de educação na saúde.

A Educação Nacional também tem reformulações a partir da Constituição de 1988 e sua Lei de Diretrizes e Bases (LDB), aprovada em 1996, obrigou a pensar o ensino sob diretrizes curriculares e não sob currículos mínimos. Com a LDB, ficou indicado ao setor da Educação a construção de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) os cursos técnicos e de graduação.

Uma particularidade da área da saúde foi a mobilização de atores sociais das diversas profissões para o diálogo com a área da educação, a partir de 1997. Entre os anos de 2001 e 2004, publicaram-se as DCN para o grupo de cursos designados como "ciências biológicas e da saúde", donde um conjunto mais fortemente identificado com a "atenção à saúde", que culminou com um bloco comum de texto, em que se identificava a orientação de uma formação com ênfase no trabalho em equipe, integralidade da atenção e apropriação do sistema de saúde vigente no país (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b). Rompia-se com a noção de currículo mínimo obrigatório para cada carreira, regulado com base em conteúdos e cargas horárias, e impunha-se "diretrizes", reguladas com base no perfil de egresso.

Para a Teoria dos Campos, de Neil Fligstein e Doug McAdam (2012), de um lado as condições de possibilidade, de outro os "atores sociais hábeis". As habilidades de comunicação, interação, identificação discursiva, afinidade simbólica e produção coletiva de significados são fatores de influência relevantes para o surgimento de novos campos de ação estratégica. A habilidade social dos atores envolve o poder de negociar e pactuar, uma competência honesta às interações com o controle social (Conselhos de Saúde), a ressonância diante de vozes anteriormente silenciadas e que podem ganhar poder de expressão e vocalização em territórios moventes. Uma tradição na formação em saúde é o diálogo com os cursos de medicina e entidades da corporação médica, os atores da formulação falavam em equipe multiprofissional e interdisciplinar em qualquer discurso. O conservadorismo da saúde vocalizava/vocaliza o trabalho centrado no médico e em procedimentos, os atores da formulação falavam/falam em equipe matricial e escuta de necessidades.

A cooperação dos atores de interlocução pode ampliar o poder de disseminação e convencimento de uma proposta política, abrindo terreno para novos campos de ação estratégica. Um dado apontado por Fligstein é que atores sociais hábeis podem ajudar a produzir quadros culturais completamente novos para seus

campos, o que seria feito construindo-se identidades de comprometimento que unem muitos grupos. Nesse processo, podem ser transformadas todas as identidades e os interesses de um grupo. Junto com a PNEPS surgiram novos e relevantes atores sociais, por exemplo: a Comissão Nacional de Representação do Movimento Estudantil da Saúde, resultante da união das representações estudantis dos cursos da área; o Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área da Saúde (FNEPAS), aglutinador das associações de ensino da área da saúde; a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (ANEPS), congregando, além dos movimentos de educação popular as práticas emancipadoras em defesa da vida; a articulação de projetos de ensino da integralidade dos cursos de graduação da área da saúde (EnsinaSUS), que gerou um livro de teoria, um livro de relatos de experiência e um documentário de 50 min. com visita às cinco regiões do país; o Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS); o Fórum Nacional de Coordenadores de Residências em Saúde; o Fórum Nacional de Residentes em Saúde; o Fórum Nacional de Tutores e Preceptores de Residências em Saúde; o Curso de Formação de Ativadores de Processos de Mudança na Graduação; o Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde e o Projeto Formação Técnica em Itinerários no SUS (FORTI-SUS), orientado à construção de itinerários formativos ensino-serviço para a profissionalização nas carreiras do nível médio (especialmente os Técnicos em Saúde Bucal, os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias).

Outra condição de atores sociais hábeis é a capacidade para reproduzir seu poder, gerando, assim, "grupos responsáveis", "campos estáveis" e "recursos de acesso e consulta". A presença bibliográfica dos atores da formulação de 2003 é intensa e, considerando apenas o período 2003-2005, houve publicação nas revistas Interface, Ciência & Saúde Coletiva, Physis, Brasileira de Saúde da Família, da Associação Brasileira de Ensino Odontológico e Brasileira de Enfermagem, 2 livros da Associação Brasileira de Educação Médica (2 capítulos em cada livro), 5 livros do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas da Integralidade em Saúde (Lappis), além do livro de documentos sobre o lançamento da PNEPS e a cartilha A Educação Permanente entra na Roda. Foram organizados eventos nacionais com recurso às metodologias participativas e foram apoiados eventos do movimento estudantil e das associações de ensino. Além disso, os atores da formulação estiverem em todos os eventos das associações de ensino e do movimento estudantil ocorridos de 2003 a 2005.

Os atores sociais em grupos, entidades e interesses em oposição às propostas emanadas pelos atores da formulação se manifestaram de múltiplas formas: em audiência com os gabinetes dos ministros da Saúde e da Educação, em manifestações junto ao plenário do Conselho Nacional de Saúde, em revistas e boletins das próprias entidades e em denúncias à imprensa sobre a divergência de compreensão sobre o desenvolvimento do trabalho e dos trabalhadores. As ações dos atores de formulação, nesse caso, abriam novas frentes: com gestores, com docentes, com estudantes e com pesquisadores, abrindo rodas de conversa, presença nas plenárias dos conselhos de saúde, publicando informes com a articulação de dados e conceitos. Era regra a presença pessoal dos atores de formulação em frentes de conversa, em debates e no apoio à gestão e à criação.

São inúmeras as monografias, dissertações e teses publicadas no Brasil entre 2005 e 2007 sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, além de pesquisas contratadas pelo governo federal de 2005 a 2007 para avaliação da Política e seus produtos (CECCIM, 2009).

CAMPO DE AÇÃO ESTRATÉGICA E ARTICULAÇÕES DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Segundo a Teoria dos Campos (FLIGSTEIN; McADAM, 2012), *campos de ação estratégica* modelam e mantêm uma determinada ordem à participação política, estruturam lógicas de cooperação ou competição e delineiam engajamentos em favor ou em contrariedade, ajudando a compreender os movimentos dos atores, os modos de pensar a ação organizacional ou a intervenção política quando no papel de agentes institucionais, de representantes, de lideranças ou de gestores/governantes. Muitas profissões da saúde, seguindo uma tradição internacional da medicina ou buscando um lugar de interlocutor estratégico junto às agendas coletivas da Rede UNIDA ou buscando configurar um lugar protagonista dos docentes junto ao debate das Diretrizes Curriculares Nacionais constituíram suas Associações de Ensino. Tendo em vista a PNEPS, algumas categorias profissionais alteraram estatutos ou personalidade de suas entidades e outras criaram ou reorganizaram associações de ensino. O mesmo com os estudantes, em que grupos estudantis não estruturados em entidades nacionais, o fizeram em busca de interlocução organizada. Quanto à educação profissional técnica, o engajamento

se fez por escolas, reunidas em torno da Rede de Escolas Técnicas do SUS, representando um arco menor de atores que na educação superior, uma vez que, em uma, era o grupo social de escolas; na outra, o grupo social de docentes e de estudantes por cursos de graduação. Já na educação popular, a ANEPS começa uma estrutura por estados e regiões e ativa processos autônomos de gestão e representação. Por fim, a educação em serviço tem representação direta na gestão do sistema de saúde, uma vez que se apresenta junto às câmaras técnicas de gestão do trabalho e da educação na saúde, integrantes da lógica organizativa do Conselho Nacional de Secretários de Saúde e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde.

Um destaque na educação superior da saúde são as residências, distribuídas entre Residência Médica, exclusiva para médicos, e Residência em Área Profissional da Saúde – multi ou uniprofissionais – destinada a todas as categorias profissionais atuantes na saúde, exceto a medicina. A Residência Médica foi criada por lei em 1977 e a Residência em Área Profissional da Saúde por lei em 2005, integrando a política nacional de educação na saúde. De particular interesse é que a regulamentação da Residência em Área Profissional da Saúde somente teve início em 2007. E seus documentos registraram como necessário à organização curricular a consideração da Educação Permanente em Saúde, assim como o credenciamento das instituições ofertantes à existência de proposta de educação permanente em saúde na gestão institucional (BRASIL, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível verificar que, até o início de 2003, havia dois tipos de antecedentes a uma política de educação na saúde e suas mais efetivas condições de possibilidade: antes da Constituição de 1988 e desde a Constituição Federal até a aprovação da PNEPS. A evidência de acumulação anteriormente à Constituição Federal é a presença no texto constitucional e na Lei Orgânica da Saúde do tema da educação de profissionais de saúde, do ordenamento da formação, da articulação dos sistemas sanitário e de ensino e do reconhecimento da rede de serviços de saúde como local de ensino e de pesquisa (ou rede-escola, nos termos de hoje). Entre a Constituição Federal e a PNEPS, a evidência de acumulação vem pela densidade do processo de formulação e aprovação da

Norma Operacional Básica de Recursos Humanos no SUS, que envolveu duas Conferências Nacionais de Saúde.

Apesar do lugar de autoridade do governo entre 2003 e 2007 na apresentação e defesa da PNEPS, a relação entre governo e esferas não estatais não é unidirecional e nem há na sociedade apenas a boa vontade com o acolhimento das propostas de governo. É comum que a sociedade seja reativa às propostas de governo, mais ainda que as esferas estadual e municipal sejam reativas à esfera federal. Igualmente é comum que os governos e a sociedade sejam reativos às iniciativas dos movimentos populares e por direitos em criar novos territórios sociais. É quando se criam territórios sociais e de ação governamental em interface que ganha vigor o surgimento de um campo e sua chance de estabilização e reprodução. Da Teoria dos Campos, pode-se extrair o papel dos atores da formulação da política, que, efetivamente, correspondem aos desígnios de atores sociais hábeis ou atores sociais com domínio ampliado de seu objeto e com capacidade e disposição à interação. Mas a estabilização da política foi decorrência da adesão dos atores não governamentais à proposta já vigente na sociedade como elencado nas evidências anteriores e posteriores à formulação da política. A reprodução da política se deu tanto pela ação governamental, como pela ação social. Quando diversos tipos de agrupamento social anteriores ou emergentes passam a defender a proposta, já não importa mais se é ou não uma ação do governo, mas interessa que seja uma ação de Estado, pois se espera recursos de financiamento e respaldo estatal.

Pode-se arrolar que a emergência de agrupamentos sociais foi ativada pelos "atores habilidosos" em apresentar, defender e coordenar uma política, que, afinal, foi capaz de gerar identificação simbólica, convocação à produção de sentidos e engajamento por afinidade de planos estratégicos de futuro do trabalho e da pesquisa em saúde. Os segmentos da sociedade afirmam lugares e se organizam com a finalidade de terem as suas demandas atendidas. É destes entendimentos que se pensa o surgimento de um novo campo, uma questão da sociedade ou uma questão de Estado.

O que se pode observar somente em 2017 é que o governo federal, quando demandado por apresentar os destinos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, convocando para conversa os gestores estaduais e municipais de saúde, escuta que o desejo é não só de continuidade e retomada da estabilidade, como ênfase na retomada e aprofundamento das condições de possibilidade à sua execução. É simbólico que surja o Pró-EPS/SUS. Um governo que, em projeto

governamental, se opõe aos governos anteriores, lança um programa "pró-EPS". A linguagem da Educação Permanente em Saúde, a linguagem das rodas de conversa, a linguagem da educação como processo coletivo não traduzido por cursos, mas por iniciativas de mobilização do pensamento e do corpo, ocupa o discurso que prega atualidade. Hoje, gestores, estudantes, docentes, conselheiros, trabalhadores, entidades, setores de gestão da política de saúde e da política de educação referem a Educação Permanente em Saúde como a política de educação na saúde para o SUS.

A Educação Permanente em Saúde passou de conceito pedagógico à signo da educação no SUS, um descritor que arrasta uma agenda política ao ensino das profissões de saúde, à formação de conselheiros, à composição de estruturas de gestão nos estados e municípios, à recomposição das práticas de atenção, segundo a construção dos valores da integralidade, e à gestão participativa em todos os aspectos do trabalho em saúde. Essa amplitude, coerente com a proposta da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos da Educação Permanente em Saúde, deixa de identificar-se com os governos no Ministério da Saúde, passando a se identificar com a necessidade de responder às reivindicações da sociedade por profissionais e serviços que sejam vivos, criativos e em afinidade com seus usuários, capazes de construir soluções cuidadoras e terapêuticas eficazes e inclusivas de ampliado escopo de tecnologias.

Um "campo", segundo a teoria, pressupõe a existência de um conjunto de atores que se relacionam entre si em função de um determinado objeto. A teia relacional de membro de um campo é estabelecida pelo compartilhamento de entendimentos que dizem respeito: ao objeto de disputa; aos atores participantes do campo (dentro ou fora das esferas de governo) e que ocupam papel de apresentação de conceitos e modos de fazer; à clareza quanto aos "inimigos" (o que há por combater na ciência, na política, na gestão, no ensino); às regras e formas de ação consideradas legítimas e a quais quadros interpretativos estão aderidos aqueles que orientam os atores do campo. "Atores habilidosos", um conceito central à Teoria dos Campos, são aqueles que possuem a capacidade de induzir cooperação, criando significados compartilhados e ações coletivas, por isso são tão importantes. Também são estes que constroem caminhos e alternativas entre "desafiadores" – que combatem as propostas da política – e "formuladores" – que lideram a proposta que ganhou tradução ampliada na sociedade –, produzindo potência à ação estratégica de determinados indivíduos, instituições e coletivos.

Da mesma forma que aconteceu de os militantes por saúde no Brasil citarem "Sistema Único de Saúde", não "sistema sanitário nacional", por entenderem que apenas a primeira fórmula contempla a estratégia de organização e gestão decorrente das lutas pela Reforma Sanitária e os resultados políticos da 8ª Conferência Nacional de Saúde, aconteceu de os militantes pela educação do SUS citarem a Educação Permanente em Saúde como a estratégia de organização e gestão que identifica ensino e aprendizagem com os princípios e diretrizes do SUS. É por isso que a PNEPS representa o principal dispositivo do mandato constitucional de ordenamento da formação de recursos humanos da área de saúde, ela é a tradução primeira, campo de ação estratégica em política pública para a educação e desenvolvimento dos profissionais de saúde. Não há necessidade de diferir entre as vertentes da Educação Continuada ou da Educação Permanente quando nos referirmos à educação, segundo as diretrizes legais ou doutrinárias e aos princípios legais ou normativos do Sistema Único de Saúde, pois, para esta circunstância, a educação "na saúde, segundo o SUS", será a Educação Permanente em Saúde (a PNEPS ou a EPS). O sistema sanitário nacional é o SUS, a política nacional de educação e desenvolvimento dos trabalhadores para a saúde é a EPS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Resolução nº 2**, de 13 de abril de 2012, dispõe sobre diretrizes gerais para os Programas de Residência em Área Profissional da Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS**: Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (NOB/RH-SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 335**, de 27 de novembro de 2003, afirma a aprovação da Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, Brasília, 1988.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 80.281**, de 05 de setembro de 1977 Regulamentação da Residência Médica e criação da Comissão Nacional de Residência Médica. Diário Oficial da União, Brasília, 1977.

BRASIL. **Lei 11.129**, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude e

dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 2005. (Cria a Residência em Área Profissional em Saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde)

BRASIL. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Lei nº 9.394**, 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Diário Oficial da União, Brasília, 1996.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Saúde**, 8., 1986. Relatório final.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Saúde**: Conferência Sergio Arouca, 12, 2003. Relatório Final.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS**: caminhos da educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda**: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 3.194**, de 28 de novembro de 2017. Dispõe sobre o "Programa de Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente no Sistema Único de Saúde". Diário Oficial da União, Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996**, de 20 de agosto de 2007.Dispõe sobre as Diretrizes para a Implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198**, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Diário Oficial da União, Brasília, 2004.

CECCIM, R. B. Emergência de um "Campo de Ação Estratégica": ordenamento da formação e educação permanente em saúde. **Sanare**. 2019: 18(1):68-80.

CECCIM, R. B. (rel.). **Avaliação de processos formativos segundo a modelagem da Educação Permanente em Saúde**: AvaliaEPS. – Relatório Final (Edital MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT 23/2006 – Estudo da Gestão em Saúde). Porto Alegre: UFRGS, 2009.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**. 2004b; 20(5):1400-1410.

CECCIM, R. B. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersetorialidades. **Revista Ciência & Saúde,** 2008: 1(1):9-23.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Revista Ciências Saúde Coletiva**. 2005; 10(4):975-986.

CECCIM, R. B.; BRAVIN, F. P.; SANTOS, A. A. dos. Educação na saúde, saúde coletiva e ciências políticas: uma análise da formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde como política pública. **Lugar Comum**. 2009; 28:159-180.

CECCIM, R. B.; CARVALHO, Y. M. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. *In*: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. **Ensinar saúde:** a integralidade e o SUS nos cursos de graduação em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006b, p. 69-92.

CECCIM, R. B.; CARVALHO, Y. M. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. *In*: CAMPOS, G. W. de S. *et al*. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2006a, p. 149-182.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da Saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva. 2004a; 14(1):4-65.

FLIGSTEIN, N. Habilidade social e a teoria dos campos. **RAE – Revista de Administração de Empresas**. 2007; 47(2):61-80.

FLIGSTEIN, N.; McADAM, D. **A theory of fields**. New York: Oxford University Press, 2012.

RODRIGUES, S. G. **A emergência do "campo" da educação permanente em saúde no Brasil:** o ordenamento da formação de recursos humanos no Sistema Único de Saúde, 2003-2007. Dissertação (Mestrado). 2015. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Porto Alegre: UFRGS, 2015.

SEIXAS, P. H. d'Á. A política de recursos humanos e os campos específicos – conjunturas e ações desenvolvidas. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de recursos humanos em saúde – Seminário Nacional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, 100-113.

17. A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NA UNIVERSIDADE BRASILEIRA

Maria Vaudelice Mota[1]
Maria do Socorro de Sousa[2]

INTRODUÇÃO

Este texto teve sua gênese no 1º Congresso Internacional de Políticas Públicas de Saúde da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Chapecó-SC, em que o tema central foi Políticas Públicas em Saúde em Defesa do Sistema Universal. O subtema "A atenção primária em saúde na universidade brasileira" desenvolveu-se compondo uma significativa reflexão sobre educação e formação em saúde. Duas questões nortearam o nosso diálogo: (1) O que é atenção primária à saúde (APS)? (2) Como a atenção primária à saúde está inserida nas políticas de educação e no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS)? Com o objetivo de continuar a reflexão sobre a atenção primária à saúde na universidade brasileira, ancoradas na experiência do Congresso, desenvolveremos as ideias a seguir. Inicialmente, contextualizaremos alguns aspectos da política de educação e desenvolvimento para o SUS. Em seguida, desenvolveremos nosso diálogo sobre a temática considerando três pontos: a compreensão da atenção primária, a inserção da atenção primária à saúde nas políticas de educação e desenvolvimento do SUS e os desafios a superar na e para a atenção primária.

---

[1] Doutora em Saúde Pública. Professora Adjunta do Departamento de Saúde Comunitária, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC).

[2] Doutora em Saúde Coletiva. Pós-doutorado em saúde coletiva pela Universidade Federal do Ceará (UFC).

Em 2003, com a política de educação e desenvolvimento para o SUS e a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, o Ministério da Saúde assumiu o papel de gestor federal do SUS quanto à formulação das políticas orientadoras de formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores de saúde no Brasil. As bases legais para a legitimação dessa ação estão inscritas no artigo 200, inciso III da Constituição Federal, ao estabelecer que a ordenação da formação de recursos humanos para o SUS é competência do Ministério da Saúde (BRASIL, 1988).

O Departamento de Gestão da Educação na Saúde foi organizado a partir de três coordenações, ficando cada uma responsável por um campo da educação, a saber: superior, técnico e popular. Esses três campos de trabalho devem se articular por meio de três eixos fundamentais: a relação entre educação e trabalho, a mudança nas políticas de formação e nas práticas de saúde e, ainda, a produção e disseminação de conhecimento.

Mesmo reconhecendo que alguns programas como Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (PROFAE), incentivo às mudanças curriculares nos cursos de Medicina (PROMED), e outros já aproximaram as instituições formadoras e as ações e serviços do SUS, tais programas ainda são realizados de forma desarticulada e fragmentada. Nesse sentido, a articulação e a não fragmentação ainda se constituem desafios da política de educação e desenvolvimento para o SUS. Logo, propõem ações estratégicas que contribuam para transformar a organização dos serviços e dos processos formativos, bem como as práticas de saúde e as práticas pedagógicas em trabalho articulado entre sistema de saúde (em suas várias esferas de gestão) e instituições formadoras, tornando-se uma emergência ainda hoje.

Essa emergência se evidencia quando se trata de atenção primária em saúde, pois, embora as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2001 tenham preconizado o compromisso com a formação com este foco, ainda se percebe um distanciamento desse nível de atenção. Torna-se necessário ampliarmos e refletirmos permanentemente sobre a formação na e para a atenção primária em saúde. Neste texto, duas questões nortearam também o desenvolvimento do nosso diálogo como fizemos no Congresso: O que é atenção primária à saúde? Como a atenção primária à saúde está inserida nas políticas de educação e no desenvolvimento do SUS? Na sequência, com base também em pesquisas realizadas em Fortaleza-CE, evidenciaremos desafios a superar na formação na e para a atenção primária.

Para iniciarmos o diálogo, teceremos algumas ideias sobre nossa compreensão de atenção primária à saúde sem pretensão de esgotar o debate. Em seguida, incluiremos uma reflexão sobre a inserção da atenção primária à saúde nas políticas de educação e no desenvolvimento do SUS. E concluiremos esta parte, sem pretensão de finalizar o diálogo, indicando alguns desafios a superar na e para a formação em APS.

COMPREENSÃO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A atenção primária à saúde, em uma visão moderna, deu-se em 1920, no Reino Unido, quando, segundo Mendes (2002), no Relatório Dawson, foi preconizada a organização do sistema de serviços de saúde em três níveis: os centros primários de atenção à saúde, os centros secundários de atenção à saúde, e os hospitais de ensino. Luppi *et al.* (2011) reconhecem que outras experiências de medicina comunitária são relatadas no final do século XIX e início do século XX. Mendes (2002) também reconhece que o Relatório Dawson se tornou um marco para a atenção básica à saúde porque a atenção à saúde foi organizada em um distrito local visando a subsidiar a construção de uma política de saúde para a região. Da mesma forma, foi instituída a figura do Centro de Saúde que organizaria a assistência à saúde regionalizada e hierarquizada.

Ceccim e Ferla (2011) reforçam essa ideia afirmando que, ao contrário do Relatório de Flexner, a ênfase desse outro relatório era a incorporação das práticas de atenção básica à saúde (ABS), a não centralidade na atenção especializada usando a rede regular de serviços como escola e não a abertura de hospital universitário. Mas, considerando as muitas resistências, as recomendações não foram adotadas, influenciando a constituição do sistema nacional de saúde da Inglaterra somente no fim de 1940, com a universalização da atenção primária à saúde e com a constituição do médico generalista.

Embora esses momentos tenham sido significativos para a concepção da atenção primária à saúde, o marco mundial reconhecido por Giovanella e Mendonça (2008), Mendes (2002), entre outros estudiosos, foi a Conferência Internacional realizada em Alma-Ata, em 1978 (OMS, 1978). Segundo Mendes (2002), ela definiu como elementos essenciais da atenção primária à saúde: a educação sanitária; o saneamento básico; o programa materno-infantil, incluindo

imunização e planejamento familiar; a prevenção de endemias; o tratamento apropriado das doenças e dos danos mais comuns; a provisão de medicamentos essenciais; a promoção de alimentação saudável e de micronutrientes; e a valorização da medicina tradicional.

O Brasil, nesse contexto, manifestou-se favorável à Declaração de Alma-Ata, de acordo com Mota e Schraiber (2011), mas Giovanella e Mendonça (2008) afirmam que os antecedentes históricos do Brasil são mais remotos, porque, segundo as autoras, desde a década de 1920, foram implantados serviços que hoje podem ser chamados de atenção primária. Mendes (2002), por sua vez, lembra que, para compreender os caminhos percorridos pela atenção primária no Brasil, nos últimos 100 anos, é necessário entender os modelos sanitaristas que se sucederam nesse período. Luppi *et al.* (2011) reconhecem que, no Brasil, o período até 1970 foi marcado pelo início da organização da atenção primária à saúde por meio da criação dos Centros de Saúde como equipamentos de saúde pública.

Estes e outros autores, ao estudarem os antecedentes históricos, destacam a criação dos Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP) voltados à atenção de agravos específicos à saúde pública, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste (PIASS) e a instituição das Ações Integradas de Saúde (AIS). Também é reconhecido que em 1970 aconteceu a adesão e proposição da atenção primária na pauta da agenda brasileira, período em que a participação da universidade foi fundamental, especialmente as cadeiras de medicina integral, preventiva e comunitária nos cursos de Medicina.

Em 1988, a partir da Constituição e com o advento do SUS, foi iniciado o processo de descentralização das ações e de municipalização da APS, agora denominada Atenção Básica à Saúde (LUPPI *et al.*, 2011). Ceccim e Ferla (2011) afirmam que essa conceituação especificamente brasileira se projetou sobre a primária, pois representa o desdobramento de proposições intelectuais brasileiras.

A formação, a gestão e o serviço de saúde em atenção básica formam um tripé, que, articulados entre si, representam a maior importância no fortalecimento do SUS. Mas essa articulação já era apontada como um desafio em 2002, pelo Conselho Nacional de Saúde, em relatório de avaliação do desenvolvimento do SUS nos seus 16 anos. E continua presente nos nossos dias exigindo prioridade na fixação, adesão e capacitação adequada dos profissionais necessários à Atenção Básica, configurando um novo corpo profissional, reconhecido e respeitado.

A INSERÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NAS POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO E NO DESENVOLVIMENTO DO SUS

A Organização Pan-Americana de Saúde (2010), reconhecendo a qualidade da formação como uma das necessidades para o fortalecimento da APS e uma busca constante, tem investido, nessa perspectiva, valiosas contribuições em relação à avaliação das formações, à análise curricular dos cursos e das escolas, inclusive de Medicina. Quanto ao questionamento referente ao perfil que se deve formar, propôs, após encontros e reflexões sobre os sistemas de avaliação e acreditação, que os programas de acreditação incluam a APS, porque a maioria das formações ainda está ligada à concepção tradicional. Como elementos essenciais da APS, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (2010) indicou 14 itens para serem considerados nas avaliações e acreditações: 1) acesso e cobertura universal; 2) atenção integral e integradora; 3) ênfase em promoção da saúde e prevenção de doenças; 4) atenção apropriada; 5) orientação familiar e comunitária; 6) mecanismos ativos de participação; 7) marco legal e institucional; 8) organização e gestão ótima; 9) políticas e programas que estimulem a equidade; 10) primeiro contato; 11) recursos humanos apropriados; 12) recursos adequados e sustentabilidade; 13) ações intersetoriais; 14) emergências e desastres.

Dessa forma, concordamos ser a APS no Brasil ponto de convergência entre as políticas dos Ministérios da Saúde e da Educação, na medida em que as DCN (2001) apontam para uma integração do sistema de saúde com as necessidades de saúde da população, descentralizando o ensino dos hospitais à rede de saúde, tendo, na Estratégia de Saúde da Família (ESF), o modelo prioritário para a (re) organização da APS e toda a atenção à saúde no país.

Nesse contexto, com a intenção de apoiar as escolas médicas, a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) empreenderam esforços conjuntos de produção técnica e pedagógica no processo de mudança com base nas DCN (2001), com foco no ensino da APS na graduação em Medicina. As entidades examinaram documentos e publicações de pesquisadores nacionais das áreas de saúde coletiva e de educação médica, além de resoluções nacionais e internacionais para o ensino da APS e da Medicina de Família e Comunidade (MFC), entendida como

especialidade médica com foco privilegiado na APS. Empreenderam esforço e elaboraram as diretrizes para o ensino na atenção primária à saúde na graduação em Medicina. Essas diretrizes podem ser encontradas na íntegra na *Revista de Educação Médica (RBEM)* nº 36, ano 2012, e ainda no capítulo 2 do livro *Educação Médica: gestão, cuidado, avaliação,* organizado por Marins e Rego (2011).

Também expressando preocupação com o ensino da APS nas escolas médicas, identificamos na última década publicações significativas na RBEM (Quadro 1).

Quadro 1 – Artigos RBEM relacionados à APS de 2010-2018

Ano	Título	Autores
2018	Estilos de Pensamento na Escolha da Especialidade Médica e Sua Correlação com as Políticas de Provimento para a Atenção Básica à Saúde – Um Estudo de Caso	Marcos Aurélio MaeyamaI Marco Aurélio da Ros
	Intersetorialidade e Educação Popular em Saúde: no SUS com as Escolas e nas Escolas com o SUS	Gustavo Antonio Raimondi Danilo Borges Paulino Jorge de Paula Mendes Neto Laís Ferreira Diniz Gabriela Ferreira de Camargos Rosa Vilson Limirio Junior Letícia Nastulevitie de Oliveira Caterina Beatriz Grassi Leonardi
	A Integração do Telessaúde nas Centrais de Regulação: a Teleconsultoria como Mediadora entre a Atenção Básica e a Atenção Especializada	Marcos Aurélio Maeyama Maria Cristina Marino Calvo
	Vivenciando a Rede: Caminhos para a Formação do Médico no Contexto do SUS Rev. bras. educ. med. vol.42 no.2 Brasília abr./jun. 2018	Vanessa Brito Miguel Couto Candice Messias Barbosa Santos Bernardo Pires Sampaio Igor Santos de Almeida Scarlet Cardoso Medeiros Nicolle Guimarães Souza Santos TallitaAnny Matos MenezesI Daniel Cezar Santos Fátima Luisa Penha Coelho Gustavo Soares Correia Julio Lenin Diaz Guzman
	Formação dos Médicos que atuam como Líderes das Equipes de Atenção Primária em Saúde no Paraná	Luciana Osorio Cavalli Maria Lucia Frizon Rizzotto

Ano	Título	Autores
2017	Perfil e Trajetória Profissional dos Egressos da Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo	Elisa Toffoli Rodrigues Aldaísa Cassanho Forster Luciane Loures dos Santos Janise Braga Barros Ferreira João Werner Falk Amaury Lelis Dal Fabbro
2016	Medicina de Família do Primeiro ao Sexto Ano da Graduação Médica: Considerações sobre uma Proposta Educacional de Integração Curricular Escola-Serviço	Andréa Tenório Correia da Silva Martim Elviro de Medeiros Junior Paulo de Nogueira Fontão Haraldo Cesar Saletti Filho Pedro Félix Vital Junior Monique Marie Marthe Bourget Izabel Cristina Rios
	Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde: Fatores Associados à Qualidade da Atenção Primária	Mariana Policena Rosa de Oliveira Ida Helena Carvalho Francesc Antonio Menezes Lucilene Maria de Sousa Maria do Rosário Gondim Peixoto
	Residência em Medicina de Família e Comunidade: Atividades da Preceptoria	Maria Alicia Castells Carlos Eduardo Aguilera Campos Valéria Ferreira Romano
	Cuidados com a Saúde Autosselecionados pelos Usuários da Atenção Primária	Christina Danielli Coelho de Morais Farial Bárbara Paula de Barros Carvalho- Pinto Caroline Teles de Andrades Pereira Raíssa Soares Neves da Costa Vinycios Sergio de Castro Tânia Cinara Rodrigues Nunes Daniela de Melo Alvim Machado Iara Nascimento Sales
	Avaliação Discente de um Internato Médico em Atenção Primária à Saúde	Heloise Fabian Silvestre Charles Dalcanale Tesser Marco Aurélio Da Ros
	Avaliação dos Atributos em Atenção Primária à Saúde no Estágio em Saúde da Família	Tiago SalessiLins Francisco José Passos Soares Jorge Artur Peçanha de Miranda Coelho

Ano	Título	Autores
2015	Formação de Médicos para o SUS: a Integração Ensino e Saúde da Família – Revisão Integrativa	Rafaela Noronha de Carvalho Vasconcelos Erasmo Miessa Ruiz
	Desafios Organizacionais para Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde em Portugal	Adriano Maia dos Santos Ligia GiovanellaI Henrique BotelhoI Jaime Correia de SousaI
	Internato Médico: o Desafio da Diversificação dos Cenários da Prática	Luciana de Almeida Silva Teixeira Felipe Bueno Spicacci Isabela Borges de Melo Marina MayumiVendrame Takao Alberto Garcia Dornelas Guilherme Rocha Pardi Valdes Roberto Bollela
	Estratégia Saúde da Família: Clínica e Crítica	Luís Claudio de Souza Motta Rodrigo Siqueira-Batista
	Formação para a Estratégia Saúde da Família na Graduação em Medicina	Silvia Maria Nóbrega-Therrien Pedro Mansueto Melo Souza; Filomena Maria da Costa Pinheiro Verônica Said de Castro
2014	Formação médica e serviço único de saúde: propostas e práticas descritas na literatura especializada	Maristela Schiabel Adler Dante Marcello Claramonte Gallian
	O Universitário Transformador na comunidade: a experiência da USS	Maria Cristina Almeida de Souza Marcos Antônio Mendonça Elisa Maria Amorim da Costa Sebastião Jorge da Cunha Gonçalves José Carlos Dantas Teixeira Eduardo Herrera R. de Almeida Júnior João Carlos de Souza Côrtes Junior
	Egressos da residência de medicina de família e comunidade em Minas Gerais	Fabrícia Vieira de Matos Marília Borborema Rodrigues Cerqueira Anderson Wesley Medeiros Silva Júlia de Castro Vieira Veloso Karla Verônica Alves de Morais Antônio Prates Caldeira
	Desenvolvimento discente no estágio em estratégia saúde da família	João Klínio Cavalcante Francisco José Passos Soares Divanise Suruagy CorreiaI

Ano	Título	Autores
2013	Mudanças curriculares: principais dificuldades na implementação do PROMED	Claudia Regina Lindgren Alves Soraya Almeida Belisário José Maurício Carvalho Lemos Daisy Maria Xavier de Abreu Luciana de Souza D'Ávila Lucia Maria Horta Figueiredo Goulart
2012	Formação médica na estratégia de saúde da família: percepções discentes	José Roberto Bittencourt Costa Valéria Ferreira Romano Rosane Rodrigues Costa Rodrigo Roger Vitorino Luiz Anastácio Alves Andréia Patrícia Gomes Rodrigo Siqueira-Batista
	Atenção básica no SUS: publicações do campus São Paulo da Unifesp, 1994-2009	Marina ZoegaHayashida Stéphanie Caroline Gigliotti Jacinto Rosana Fiorini Puccini Francisco Antonio de Castro Lacaz
	Avaliação da inserção do estudante na Unidade Básica de Saúde: visão do usuário	Francisca Claudia Monteiro Almeida Ana Paula Pessoa Maciel Aline Ramos Bastos Fernando Colares Barros Juliana Ribeiro Ibiapina Silézia Maria Franklin de Souza Dayane Pessoa de Araújo
	É possível desenvolver a autorreflexão no estudante de primeiro ano que atua na comunidade? um estudo preliminar	Alice Yamashita Prearo Fernanda Miranda Fumelli Monti Elena Barragan
	As ações do serviço de saúde voltadas para o âmbito individual e pouco coletivo	Maria Cristina Guimarães da Costa Chrystinie de Lourdes Ramalhão Amanda de Gouvêa Pettersen Julio Augusto Trindade Pio Sarah Berbare Vanessa Ferreira Amorim de Melo Yuri Bonicelii Crempe
	Relações interpessoais, equipe de trabalho e seus reflexos na atenção básica	Alexandra da Rosa Martins; Denise Bermudez Pereira Maria Laura Silveira Nogueira Nogueira; Celeste dos Santos Pereira Greice Schrader Schrader Maira Buss Thoferhn

Ano	Título	Autores
2011	Estudantes de Medicina nos serviços de atenção primária: percepção dos profissionais	Érika Soares Caldeira Maisa Tavares de Souza Leite João Felício Rodrigues-Neto
	Acadêmicos de Medicina e suas concepções sobre "Ser Médico"	Rosangela Ziggiotti de Oliveira Maria Bernadete Gonçalves Luiza Marta Bellini
	Atenção primária como cenário de prática na percepção de estudantes de Medicina	Alice Werneck Massote Soraya Almeida Belisário Eliane Dias Gontijo
2010	A Função da Universidade e a Formação Médica	Lilian Koifman
	Formação profissional no SUS: o papel da Atenção Básica em Saúde na perspectiva docente	Ricardo Corrêa Ferreira Vânia Maria Lopes Fiorini Everton Crivelaro

Fonte: Elaboração própria (2017).

Essas publicações demonstram uma preocupação constante na educação médica com a atenção básica, haja vista que, de 2010 a 2014, encontramos 16 trabalhos e de 2015 até o momento, 17 trabalhos. Isso apresenta o crescente interesse pela temática e o reconhecimento da importância do cuidado nesse nível de atenção em vários aspectos, entre os quais destacamos como significativos o cenário de prática, estudado tanto na perspectiva do aluno quanto do professor, dos profissionais e do usuário. Além disso, a atenção básica no SUS, investigação realizada nas publicações do *Campus* de São Paulo da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), no período de 1994 a 2009. Durante essa fase podem ser identificadas publicações nesse mesmo periódico sobre experiências do Programa de Educação Tutorial (PET), e, em 2013, os autores estudaram as mudanças curriculares e as principais dificuldades na implementação do PROMED, quando os egressos das escolas médicas se encontram na aplicação do que aprenderam já em ações profissionais supervisionadas (BRASIL, 2013). Também percebemos que a partir de 2014 os trabalhos incluem estágios, internatos, residências e a percepção dos egressos, porém, ainda carecem de mais foco nos momentos iniciais do curso.

Nessa perspectiva, a política de educação permanente em saúde adotada como estratégia política de superação da falta de articulação entre formação, gestão

e serviço, reafirma o pressuposto da aprendizagem significativa, que, segundo Silva (2008, p. 11), "[...]vem se constituindo em um movimento de significação do processo de ensino e de aprendizagem". Isso fica claro quando é considerado o fato de que os estudantes possuem a potencialidade de aprender. Álvarez-Méndez (2002, p. 32), corroborando esta reflexão, apontou como um aspecto importante nesse paradigma da aprendizagem significativa a concepção de conhecimento compreendida como uma "construção histórica e social dinâmica que necessita de contexto para poder ser entendido e interpretado".

A própria política de educação permanente em saúde e desenvolvimento do SUS reconheceu que, para transformar a formação e gestão do trabalho em saúde, ela não pode ser considerada questão simplesmente técnica, já que envolve mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas. Aponta, entre outras estratégias para apoio e dinamização de seu estabelecimento, mudanças na formação de graduação das profissões da saúde, tais como o Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do SUS para os estudantes de graduação. Evidencia, também, entre as mudanças, a importância das metodologias ativas de ensino-aprendizagem, metodologias de avaliação de aprendizagem, a clínica ampliada e o trabalho em equipes multiprofissionais e transdisciplinares.

Considerando, ainda, a necessidade de superação das concepções tradicionais de educação e a constituição de uma cultura crítica entre os professores (universitário e de ensino técnico) e profissionais dos serviços, a política de educação e desenvolvimento do SUS propõe a formação de formadores e de formuladores de políticas como outra estratégia. Foi, também, acrescentado, como estratégia, o acompanhamento e avaliação das iniciativas de formação atualmente em curso.

A realidade, ainda hoje, exige prioridade na fixação, adesão e capacitação adequada dos profissionais necessários à atenção básica configurando um novo corpo profissional, reconhecido e respeitado. A 11ª Conferência Nacional de Saúde, em 2000, recomendou, no concernente a esta questão, que, ao ser organizada a atenção básica como porta de entrada do SUS, deveria ser garantida equipe multiprofissional em dedicação integral, bem como articulação e integração com os demais níveis de atenção à saúde.

Foi na tentativa de compreender quais práticas de formação podem ser adequadas aos profissionais necessários à atenção básica que participamos na última década de pesquisas neste sentido. Em 2010, iniciou-se, no Programa de Saúde Coletiva com associação das Instituições de Ensino Superior (IES),

uma ampla pesquisa intitulada *A complexidade da formação médica na e para a atenção básica como parte de dois sistemas e um sistema à parte*. Concluída em 2014, a pesquisa evidenciou fragilidades referentes às conexões internas e externas ao curso, como os documentos existentes na universidade se conectam (ou deveriam se conectar), na perspectiva da formação em ABS, sendo percebida uma incongruência entre eles e frágil integração curricular interna e externa. Foi identificado, no entanto, além da inclusão de um módulo de ABS transversal desde 2001, um esforço de tornar a avaliação algo permanente e uma cultura institucional (SOUSA, 2014).

Em 2012, formou-se um grupo de docentes e pesquisadores dos cursos de Medicina, Enfermagem, Nutrição, Psicologia, Educação Física, Odontologia, Farmácia e Serviço Social, da Universidade Estadual do Ceará e da Universidade Federal do Ceará(UFC), para discutir e elaborar a proposta de Pesquisa para o SUS, intitulada *Gestão Compartilhada em Saúde PPSUS-REDE–MS/CNPq/ FUNCAP/SESA* (Chamada 03/2012). A execução, realizada ampla e intensamente de 2012 a 2014, gerou uma avaliação dos referidos cursos por meio de abordagem qualitativa, com entrevistas semiestruturadas, grupo focal, a partir de uma amostra representativa dos sujeitos – docentes, discentes, profissionais do serviço e gestores.

Além disso, também foram coletadas informações nos projetos pedagógicos dos cursos e outros documentos relativos à sua estruturação e funcionamento. A análise foi norteada por quatro eixos: Ensino, Serviço, Gestão e Controle Social. Dessa forma, o processo formativo analisado à luz das DNC (2001), dos projetos pedagógicos dos cursos, e da proposta de reorientação do Pró-Saúde, foi sempre remetido a esses eixos, buscando identificar de que forma estão (ou não) contemplados nesse processo.

Os principais resultados deste estudo apontaram de modo geral as seguintes fragilidades do processo formativo: projetos pedagógicos dos cursos se apresentam coerentes com as DCN, contudo não são completamente implementados; incipiente integração entre as diversas disciplinas das matrizes curriculares; insuficiente integração teoria/prática e consequente desarticulação academia/rede de assistência à saúde; persistência do ensino de cunho hospitalocêntrico; predominância de metodologias de ensino centradas no professor (CEARÁ, 2017).

Essa pesquisa do Programa Pesquisa Para o SUS (PPSUS) também pretendia, de forma ampla, realizar a avaliação inclusive com a participação dos

egressos. Mesmo não realizada com todos, entre as que foram efetuadas destacamos a dissertação de Torres (2017), que avaliou na percepção dos egressos da UFC a formação médica para a APS. Os egressos apontaram como necessidade a instituição de ensino equilibrar o módulo de ABS com o número de docentes e preceptores com especialização em Medicina de Família, e ainda indicaram a prática no território da ESF como potente transformadora da formação e sugeriram diversificação nos cenários de prática. Esta caminhada e implicação como docente e pesquisadoras fizeram-nos clarear desafios ainda a superar na formação na e para a APS nas universidades, não somente cearenses, mas podemos até arriscar, também brasileiras.

DESAFIOS A SUPERAR NA FORMAÇÃO NA E PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Nesse cenário múltiplo e complexo da formação para a atenção básica, a mudança da formação se estrutura em inúmeros processos e tentativas. O homem é histórico e precisa olhar para o passado para entender seu presente e planejar seu futuro. Entendendo os movimentos anteriores, faremos das novas experiências tentativas mais próximas do sucesso, além de proporcionar a valorização dos atores que vivenciaram as políticas anteriores. Novas políticas públicas pró-mudança na formação necessita ser construídas coletivamente, focando os sujeitos envolvidos, professores, estudantes e usuários do SUS. O apoio a novas lideranças e o estímulo qualificador, não só financiador, é um dos caminhos para a reforma da educação superior em saúde.

Problema relevante, nesse sentido, refere-se à questão dos recursos humanos disponíveis para atuar nessa área, considerando a insuficiência de profissionais qualificados para o atendimento adequado em consonância com o modelo proposto. Uma política de recursos humanos deve considerar tanto o aspecto relativo ao sistema de produção de recursos humanos, no que se refere à formação e preparação para o trabalho, como o aspecto relativo à gestão do trabalho em relação à utilização desses recursos.

Para a organização da atenção básica e a implantação da ESF, esses desafios e problemas se tornam mais evidentes na medida em que apontam para a necessidade de uma nova ética, uma nova forma de trabalho, principalmente em

equipe, e, assim, exigem o desenvolvimento de novas competências. Dessa forma, significa uma prática diferenciada na atenção individual, no trabalho em equipe, com as famílias e a comunidade, necessitando, portanto, uma aproximação entre as instituições formadoras e os serviços (CAMPOS, 2001). Assim, corroborando as pesquisas de Sousa (2014) e Torres (2017), temos um longo caminho a percorrer que aponta para a necessidade de superar os seguintes desafios:

- ✓ fragilidades do processo formativo com predomínio da formação ainda sob o paradigma biomédico;
- ✓ desarticulação entre as disciplinas dos ciclos básico e profissional;
- ✓ adoção de técnicas pedagógicas tradicionais pela maioria dos docentes;
- ✓ deficiente integração ensino-serviço;
- ✓ formação crítica e reflexiva, pelo predominante uso de metodologias de ensino tradicionais;
- ✓ fragilidades relacionadas aos aspectos de gestão e controle social no SUS;
- ✓ necessidade de docentes e preceptores com especialização em medicina de família;
- ✓ atividades de educação permanente nos serviços de saúde desconectadas das necessidades dos profissionais e da comunidade.

Esses desafios alertam cada vez mais para a necessidade de uma forte e permanente integração entre ensino e serviço, com participação ampla dos serviços e instituições formadoras, o que subentende também uma preocupação permanente com a formação docente. Machado e Neto (2018) reforçam esse alerta argumentando que há 30 anos deparamos com essas e outras dificuldades que impedem o desenvolvimento de uma competente educação na saúde como diretriz para a qualidade do cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A promulgação da Constituição Federal de 1988 estabelece que a saúde é um direito de cidadania e um dever do Estado brasileiro. Desde então se fortaleceu um processo de criação e organização de um sistema público de saúde

universal, integralizado e descentralizado. No entanto, após 30 anos da criação de um sistema de saúde com esta concepção, ainda convivemos com um sistema de saúde fragmentado e que funciona de forma ineficaz e ineficiente. Um sistema de saúde desestruturado, em que a rede de atenção não consegue assumir a sua função de porta de entrada do sistema, o que termina por sobrecarregar os níveis secundários e terciários do sistema. Essas condições deixam o cotidiano dos profissionais de saúde sem os meios adequados e necessários ao desempenho de suas funções. Soma-se a esse fator de péssimas condições de trabalho a falta de qualificação adequada dos profissionais.

Dessa forma, dois fatores principais estão no cerne desta questão: o primeiro é que o estabelecimento do direito à saúde não foi acompanhado pela garantia de financiamento público necessário ao funcionamento de um sistema público de saúde que cumprisse as prerrogativas da universalidade; o segundo refere-se à política de recursos humanos tanto na formação quanto na gestão.

A complexidade crescente da realidade de saúde da população nos remete a demandas na qualificação dos recursos humanos tanto para atuação direta na assistência quanto para atuação como gestores do sistema. Desse modo, torna-se evidente um grande desafio no que se refere à necessária aproximação entre a academia e os serviços, na perspectiva de formação de pessoal, buscando um desempenho mais qualificado para o enfrentamento das necessidades de saúde da população.

Os movimentos de mudanças na formação dos profissionais de saúde têm seus marcos legais nos séculos XX e XXI, na perspectiva se superar o modelo de prática hospitalocêntrica, fragmentada e com grande tendência a privatização. No que pese as diversas iniciativas das universidades, a partir do PROMED, para as mudanças curriculares, atendendo às necessidades prementes de mudanças, as experiências nesse sentido ainda apontam para a necessidade de enfrentamento de grandes e antigos problemas, quais sejam:

- ✓ O predomínio da organização de disciplinas isoladas, nos moldes dos currículos tradicionais sem a devida articulação;
- ✓ Os conteúdos das disciplinas são escolhidos a partir de critérios pessoais, bem como o nível de aprofundamento a ser dado a cada tema. Isso ocorre muitas vezes sob a influência do interesse de cada docente e de suas linhas de pesquisa;

- ✓ A metodologia de ensino-aprendizagem utilizada geralmente é centrada em aulas teóricas e no professor, restando aos alunos um papel extremamente passivo. As aulas práticas são muitas vezes teorizadas e dissociadas das teóricas, e com um número elevado de alunos por professor, sendo impeditivo para uma adequada relação professor/aluno e, consequentemente, um acompanhamento individualizado do processo de aprendizagem do estudante;
- ✓ As avaliações são centradas na aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de habilidades e atitudes se dá sem o controle da avaliação.

Concluímos este capítulo com a certeza de que a transformação dos processos de formação e organização dos serviços de saúde necessitam desenvolver-se de forma articulada, tendo a certeza de que a atenção primária, para garantir a integralidade da assistência, necessita se colocar como reguladora do sistema de saúde e, assim assumir o seu importante papel na atenção à saúde.

Nessa perspectiva, a formação de recursos humanos para o setor saúde assume fundamental importância na construção de uma proposta de forma articulada entre serviços e órgão formador para se alcançar a transformação das práticas em saúde, calcadas em uma nova ética, forma de trabalho e desenvolvimento de novas competências.

REFERÊNCIAS

ÁLVAREZ-MÉNDEZ, J. M. **Avaliar para conhecer:** examinar para excluir. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara da Educação Superior. **Parecer nº 3, de 7 de novembro de 2001.** Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, Brasília. Brasília: Ministério da Educação e Cultura, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde (Pró-Saúde).** Brasília, 2009. Disponível em: http://www.prosaude.org/not/prosaude-maio2009/proSaude.pdf . Acesso em: 2 jan. 2013.

BRASIL. **Resolução CNE/CES nº 4**, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes

Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.Brasília, DF, 2001.

CAMPOS, J. J. B.; CORDEIRO, H.; CORDONE JUNIOR, L. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da Atenção Básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 25, n. 2, p. 53-59, 2001.

CAMPOS, F. E.; BELISÁRIO, S. A.O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. **Interface**: comunicação, saúde,educação, v.5, n. 9, p. 133-158, 2001.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. **Pesquisa para o SUS Ceará:** coletânea de artigos do PPSUS 4. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2017.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Abertura de um eixo reflexivo para a educação da saúde: o ensino e o trabalho. *In*: MARTINS, J. J. N.; REGO, S. (org.). **Educação médica:** gestão, cuidado e avaliação. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2011. p. 258-277.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária a saúde. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* **Organizações políticas e sistema de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

LUPPI, C. G. *et al.* Atenção primária à saúde / atenção básica. *In*: IBAÑEZ, N. *et al.* (org.). **Política e gestão pública em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2011. p. 332-353.

MACHADO, M. H.; NETO, F. R. G. X. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 23, n. 6, p. 1971-1980, 2018.

MARINS, J. J. N.; REGO, S. **Educação médica:** gestão, cuidado, avaliação. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2011.

MENDES, E. V. **A atenção primária a saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MOTA, A.; SCHRAIBER, L. B. Atenção primária no sistema de saúde: debates paulistas numa perspectiva histórica. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 837-852, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração de Alma-Ata. *In*: Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde, 1978, Alma-Ata. **Anais**... Alma-Ata, 1978. Disponível em: www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf. Acesso em: 20 dez. 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **La acreditación de Programas de Formación em Medicina y laorientaciónhaciala APS**. Washington, 2010.

SILVA, J. F. Introdução: avaliação do ensino e da aprendizagem numa perspectiva formativa reguladora. *In*: SILVA, J. F.; HOFFMANN, J.; ESTEBAN, M. T. **Práticas avaliativas e aprendizagens significativas em diferentes ares do currículo.** 6. ed. Porto Alegre: Mediação, 2008. p. 9-20.

SOUSA, M. S. **A complexidade da formação médica na e para atenção básica como parte de dois sistemas e um sistema à parte.** 2014.458 f.

Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Ceará, Universidade Estadual do Ceará, Universidade de Fortaleza, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2014.

TORRES, A.C. S. **Formação para a APS:** Percepções de egressos da UFC. 2017. 114 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2017.

18. EDUCAÇÃO SUPERIOR EM ENFERMAGEM EM TEMPOS DE AMEAÇAS AO SUS: RISCOS DA FORMAÇÃO À DISTÂNCIA

Carine Vendruscolo [3]
Eleine Maestri [4]
Julia Valéria de Oliveira Vargas Bitencourt [5]
Karen Cristina Kades Andrigue [6]

INTRODUÇÃO

A preocupação com a saúde é intrínseca à vida humana e, portanto, viver implica experienciar estados de saúde e estados de enfermidades. Não obstante, inúmeros são os fatores que contribuem para o equilíbrio/desequilíbrio desta balança que sustenta as relações e interfaces que se imbricam ao processo saúde doença. Contudo, independentemente do referencial filosófico, teórico e metodológico e estruturas políticas e econômicas que nortearão o cuidado em saúde das populações mundiais, o consenso inconteste e irrefutável é o desejo individual e coletivo da humanidade quanto ao estabelecimento pleno de um estado de saúde.

Assim sendo, quando se desenha para as sociedades um modelo de saúde e, por conseguinte, um modelo para a formação profissional o eixo central norteador desta proposição deve sem dúvida responder a esta demanda. Portanto, jamais será legítimo acolher um modelo de saúde e formação que não sustente

---

[3] Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

[4] Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

[5] Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

[6] Mestre em ciências da saúde. Docente da Universidade Comunitária de Chapecó (UNOCHAPECÓ).

esse direito, que é natural, genuíno e ético, ademais nunca será exagero repetir que saúde é direito absoluto de todos os seres humanos.

Apesar desta assertiva ser verdadeira, o que se observa (e neste momento se olha para o Brasil), porém, é que não se considera efetivamente este referencial basal. A história nos aponta flutuações políticas e econômicas no país, e o fato é que a saúde respeitada e oferecida em sua máxima muitas vezes parece estar, analogamente a uma relação de inimizade, do lado contrário de questões políticas e econômicas. E, neste "cabo de força" que se estabelece, rompe-se incondicionalmente a corda para o lado das populações que anseiam saúde e a veem distanciando-se sistematicamente.

O Brasil tem um arcabouço filosófico e teórico para o sistema de saúde representado pelo SUS que coloca e exalta a saúde plena para todos; suas bases-proporcionam aos profissionais a vivência com um modelo cujo paradigma é refletido, pesquisado e analisado como sendo ideal, justamente porque converge com o interesse das populações em matéria de saúde.

Diante do exposto, o que preocupa no momento não é simplesmente a saúde,mas se atingir, em um país como o Brasil, uma perspectiva de saúde de alto valor ético e perceber que, apesar disso, é possível, factível e aceitável se ameaçar o desenvolvimento de um modelo de saúde com estes atributos.

E, como se não bastasse esta ameaça de desmonte do SUS, ainda há a formação dos profissionais da saúde, que deixaria de ser subsidiada por este modelo pautado pelos princípios e pressupostos dos SUS, gerando prejuízos inestimáveis. Esta fundamental formação profissional está sendo colocada em um patamar no qual o educando é convidado a distanciar-se da academia para assentar-se aos bancos de sua residência e nela desenvolver uma estrutura de conhecimentos para atender nada mais, nada menos do que a vida das pessoas. A pergunta que fica é: qual o ser necessitado de cuidados em saúde que em sã consciência confiaria a sua saúde a um profissional se soubesse de antemão que ele foi formado a distância da realidade prática dos cuidados em saúde? Situação esta que contraria a tudo o que se evidencia nas pesquisas, as quais demonstram a necessidade cada vez mais precoce da aproximação com a prática.

Logo, o presente capítulo propõe a reflexão sobre a preservação de um SUS que opera como escola, no sentido de comportar-se como cenário de práticas para estudantes de saúde, sobretudo, da área da enfermagem, nos níveis técnico, de graduação e de pós-graduação.

FORMAÇÃO SUPERIOR EM ENFERMAGEM: PRESERVAÇÃO DO SUS COMO ESCOLA

Ao optar por uma estratégia ou método educativo, se está assumindo uma tendência pedagógica de ensino, mesmo que de forma inconsciente (LAZZARI *et al.*, 2011). Nesse sentido, se conjectura que as escolas que operam na formação para a área da saúde e da enfermagem, necessitam incorporar uma mudança paradigmática (ALARCÃO, 2001), pois a tendência pedagógica que hoje vigora está na contramão dos anseios das populações adstritas às comunidades carentes cujo direito à saúde tem sido sistematicamente alijado. As críticas proferidas à escola e a urgência dessa mudança apontam para o questionamento sobre a capacidade de formação proporcionada para responder às necessidades de saúde da população, se ela contempla a compreensão ampliada de saúde e se ela articula conhecimentos e práticas profissionais com o papel social das profissões.

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, na década de setenta, já apresentava preocupações, por parte de intelectuais, profissionais e representantes da sociedade em geral engajados, com a desconexão entre a formação dos profissionais e o Sistema Único de Saúde (SUS), que começava a ganhar contornos, a partir de ideários claros de um sistema universal, acessível e resolutivo (SILVA; BENDER; VENDRUSCOLO, 2018).

Apesar das discussões e das medidas de fortalecimento da política na direção de um modelo integral, permanecem problemas no campo da formação em saúde, pois há um visível distanciamento destes com as práticas que favorecem vínculo com usuários e a atuação interprofissional das equipes de saúde da família/atenção básica. Para reverter este cenário, se aposta em estratégias que busquem a construção da autonomia e do protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de formação na saúde e, por conseguinte, de produção da saúde (SILVA; BENDER; VENDRUSCOLO, 2018). Todas essas estratégias convergem com a demanda do Artigo 200, inciso III da Constituição Federal do Brasil, o qual refere que cabe ao SUS ordenar a formação de recursos humanos em saúde (BRASIL, 1988).

A despeito dos avanços, fortalecidos pela criação de políticas indutoras da formação e com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), recentemente, com a revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), há

um consenso entre acadêmicos e profissionais da área de que o tema "SUS como escola" precisa ser revisitado e merece o debate.

No ano de 2017, foi publicada e aprovada a Nova PNAB, em um momento de desmonte progressivo do Estado brasileiro e de suas instituições democráticas, incluindo o SUS. Com alusão ao neoliberalismo, o documento apresenta avanços, mas também se configura como atraso em alguns aspectos, retratando o duelo entre público e privado, retrocedendo quanto à garantia dos direitos sociais, com o propósito de transformar a saúde em mercadoria ou, por outro lado, seguir tratando-a como um negócio. Apesar do despertar com a reforma sanitária para novas concepções de saúde, ainda na atualidade, a saúde em um modelo de economia capitalista é concebida como um meio de se obter lucro, consequentemente, capital. E, em se falando de formação, esta é uma realidade que explicita não somente as tendências políticas e econômicas de nossa sociedade, como também – e aqui esta é a questão – demonstra a fragilidade formativa para o SUS. Um exemplo disso é que, mesmo em ambientes de atenção à saúde, caracterizado pelo acesso universal, a postura de muitos profissionais reflete e sustenta o modelo neoliberal na prestação deste serviço à população.

Sensíveis a esta realidade do ponto de vista de formação profissional para a saúde, gestores do sistema de saúde, nos últimos anos, elaboram a proposição de iniciativas e dispositivos que vêm operando no sentido de aproximar os mundos do ensino e do trabalho em saúde. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em enfermagem, lançadas no ano de 2001, e aguardando aprovação da sua versão mais atual, expressam a necessidade de estabelecer um ensino generalista, crítico, reflexivo, criativo e comprometido com os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2001). Entretanto, raramente, se especifica como atingir esse propósito. Também não há nitidez e conformidade sobre o que compõe a capacidade de exercer a reflexão crítica que resulta da práxis.

No ano de 2003, a reestruturação administrativa do Ministério da Saúde (MS) cria, por meio do decreto 4.726, de julho de 2003, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), com a finalidade de desenvolver ações para incentivar políticas voltadas à formação, educação permanente, valorização dos trabalhadores e democratização das relações do trabalho no SUS. A articulação entre MS e o Ministério da Educação e Cultura em uma mesma área ministerial demarca uma tentativa de romper com a lógica anterior de organização de pessoal na saúde, cuja segregação inibia o trabalho conjunto

das dimensões da educação e do trabalho, pois atendiam às demandas exclusivas de cada área e com distintos graus de autonomia. Com essa nova estrutura, o MS lança uma agenda própria para as questões referentes à formação, tornando evidente que as fronteiras entre ensino e serviço estão imbricadas entre si, como potência de saber e de construção da cidadania (VENDRUSCLO; PRADO; KLEBA, 2016).

Nessa direção, a PNEPS, criada em 2004, ganha novos contornos em 2007, mediante Comissões de Integração Ensino Serviço (CIES), as quais operam na formulação e avaliação de ações de EPS, sendo compostas por gestores, trabalhadores, usuários e representantes das instituições de ensino com cursos da área da saúde. A EPS vem se destacando nos serviços e na agenda dos gestores do SUS, ao permitir a constante atualização dos trabalhadores, bem como sua incorporação às mudanças oriundas do processo de trabalho. As novas metodologias educacionais baseiam-se no aprender conforme as necessidades da prática dos serviços e provocam o acompanhamento das mudanças científicas e tecnológicas que exigem profissionais de saúde capazes de adaptar-se e motivados (FERRAZ; VENDRUSCOLO; MARMETT, 2014).

Vale lembrar alguns dos pressupostos que orientam esta política, como a aprendizagem significativa, muito bem defendida pelo educador Paulo Freire, que se refere à educação como prática da liberdade e aproximação crítica com a realidade, por meio do conhecimento (FREIRE, 2001). A maneira crítica e dinâmica de ver o mundo permite desvelar a realidade, descobrir o que a mitifica e alcançar a plena realização do trabalho humano: a permanente transformação da realidade para a libertação dos homens (FREIRE, 2001; 2005; 2011).

A educação problematizadora, segundo Freire (2005), orienta o educador para uma posição na qual ele não é o que apenas educa, mas o que, ao passo que educa, é educado, em permanente diálogo com o educando. Este, por usa vez, ao ser educado, também, educa. Com tal ponto de vista, acredita-se que a percepção crítica do educando frente à realidade só é possível se houver conscientização, processo que pode ser fundamentado por meio de uma situação existencial percebida como um desafio e como tal exige respostas do ser humano, ligadas à ação, à reflexão e à tomada de decisão (FREIRE, 2001; 2005).

Na área da saúde, especialmente na saúde coletiva, que, no Brasil, é norteada pelas concepções dos SUS, as rodas, os círculos e outros espaços coletivos e dialógicos vêm ganhando destaque a partir desse ideário. A utilização destes

espaços se configuram como lócus pedagógicos, de troca, na perspectiva da educação construtivista/problematizadora.

Desse modo, é importante trazer à discussão o papel do professor, que se torna um mediador no processo de produção do conhecimento. Nessa condição construtivista, o professor se transforma em um agente de informação, a partir da apropriação do conteúdo a ser discutido e da habilidade didático-pedagógica, articulando esse conteúdo programático com a realidade encontrada nos cenários teóricos ou práticos do mundo acadêmico. Cabe ao professor facilitar ao educando (estudante) desenvolver e mostrar suas habilidades, potencialidades e saberes, ajudando-o a crescer dentro das suas possibilidades, propiciando a autonomia (FREIRE, 2011; BACKES, 2010).

Os professores que operam nos cenários de teoria e prática na saúde estão, gradativamente, assumindo essa tendência pedagógica libertadora, lançando mão de estratégias distintas voltadas à realidade do educando e demonstrando preocupação com o ser em formação, bem como com o processo de aprendizagem. E esta é uma evolução paradigmática processual e centrada em suas vivências práticas, visualizando o educando como um ser cultural, que constrói e assume atitude crítica perante a história. Nessa perspectiva, são ineficazes as estratégias avaliativas tradicionais, pontuais e que não consideram a evolução do educando. Busca-se a formação para a vida, voltada ao aprender a aprender, para lidar com os conflitos do cotidiano e com a realidade dos serviços de saúde.

A rede de atenção à saúde, como cenário das atividades teórico-práticas e estágios, é componente essencial para vivência do que é ser profissional da saúde. Trata-se de um movimento de integração ensino-serviço, pressuposto fundamental para o itinerário formativo na contemporaneidade, pois favorece o diálogo entre todos os envolvidos no processo de formação: professores e educandos, na academia; profissionais e gestores, no serviço; e todos dialogando com a comunidade, num movimento que permite refletir e qualificar a produção da saúde. Esse movimento faz do SUS uma escola e, claramente, implica a qualidade da formação em saúde.

Finalmente, reafirmamos nosso pressuposto de que profissionais qualificados são essenciais para construir acesso, resolubilidade, coordenação e abordagens comunitárias e "empoderadoras". O distanciamento dos acadêmicos e pesquisadores da experiência prática e dos processos de trabalho cotidianos implica a necessidade de maior interação com os serviços de saúde – realidade do processo

de trabalho e necessidades da comunidade. Faz-se necessária uma formação crítica com as diretrizes institucionais (não apenas cumprir cegamente os protocolos assistências), o que exige um profissional que busque caminhos e modelos para avaliar e consumir melhores evidências para desenvolver suas práticas.

No que tange à enfermagem, inovações, como a Enfermagem Baseada em Evidências (EBE) e a Enfermagem de Prática Avançada (EPA) emergem como possibilidades para a qualificação da atenção à saúde. A partir de um movimento iniciado no Canadá e nos Estados Unidos da América e, mais recentemente, implantado em países como Alemanha, Austrália e Nova Zelândia, a EPA vem impactando a legislação e a regulação profissional, além de transformar os cenários de prática e de formação em enfermagem. A EPA está associada ao aumento e melhora da cobertura e acesso dos usuários aos serviços de saúde, gerando altos índices de satisfação em relação aos cuidados prestados por esses enfermeiros (ONU, 2015; BRYANT-LUKOSIUS; MARTIN-MISENER, 2016).

Já o enfermeiro de prática avançada, segundo o Conselho Internacional de Enfermagem (ICN), é um profissional especializado, com habilidade para tomar decisões complexas e com competências clínicas que se moldam de acordo com a realidade em que está inserido. Para facilitar o desenvolvimento de tais habilidades, o ICN recomenda a capacitação desse profissional em nível de mestrado, que integre pesquisa, educação, prática e gestão (NATIONAL NURSING CENTERS CONSORTIUM, 2014).

No Brasil, o mestrado profissional já possui alguma interface com os propósitos da prática avançada, pois propicia o desenvolvimento da autonomia profissional do enfermeiro, instrumentalizando-o para o gerenciamento de casos, para a avaliação em saúde, para a tomada de decisão com base em evidências, para o raciocínio clínico e diagnóstico e para a incorporação e produção de tecnologias inovadoras que possam contribuir para resolução de problemas do cotidiano dos serviços e da população, transformando a realidade da prática (VENDRUSCOLO *et al.*, 2009).

Assim, se percebe um empenho notório no sentido de avançar no processo formativo de profissionais da saúde, permitindo que eles possam transpor paradigmas em saúde e educacionais que contemplem não somente os anseios da população, mas seus próprios anseios, os quais oferecem pistas, muitas vezes, ainda reprimidas da frustração, desmotivação, apatia que os tem mobilizado em suas práticas em saúde. Nessa mesma proporção, existe, por outro lado, um

empenho descomunal no sentido de atender a desejos de manter e fortalecer o modelo de saúde capitalista.

Nesse contexto caótico para as populações, em especial, as populações carentes e da classe média, as quais, obviamente, não detêm poder aquisitivo para comprar saúde, além dos impostos que pagam para esta finalidade, poder-se-ia supor que o que modificaria a fragilidade, a instabilidade na qual se vive na atualidade quanto à oferta dos serviços de saúde como direito garantido a todos seria uma formação profissional efetiva capaz de demonstre aos usuários dos serviços o quanto eles são importantes. Eles, afinal, são o motivo pelo qual o serviço se estrutura, se organiza e, portanto, devem se oportunizar a participação ativa nas tomadas de decisões em suas questões de saúde, uma vez que são pessoas que possuem condições de saúde dentro de um contexto histórico e dialético. Ou seja, quando o profissional da saúde avançar no sentido de efetivar um cuidado histórico e dialético em sua essência é possível que se possa, de fato, ir além da retórica discursiva do SUS.

DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS EM ENFERMAGEM: OS RISCOS DA FORMAÇÃO À DISTÂNCIA

Na atualidade, ao discutir-se a formação superior, emerge a necessidade de inserir-se na pauta os modelos de graduação à distância, os quais insurgiram ao cenário profissional da enfermagem nos últimos anos. Diante disso, buscamos reunir argumentos e ponderações que propiciem demonstrar a contundente possibilidade de que este modelo de Educação à Distância (Ead) pode representar um risco à formação profissional.

Visando minimizar estes riscos à formação profissional, a educação superior vem sendo regulamentada pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), Lei nº 9.394/1996, de 20 de dezembro de 1996 (BRASIL, 1996), atualmente em vigor. Considera-se que elas se constituem um passo importante para possibilitar ao egresso o conhecimento da instituição educativa na qual deverá exercer sua profissão (SCHEIBE; BAZZO, 2016).

Em definição, cumpre conceituarmos a Educação à Distância, que, no Decreto nº 5622 de 19/12/2005, que regulamenta o art. 80 da Lei no 9.394, de 20/10/1996 (estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB), em seu artigo 1º assim definiu a educação à distância:

> A modalidade educacional na qual a mediação didático pedagógica nos processos de ensino e aprendizagem ocorre com a utilização de meios e tecnologias de informação e comunicação, com estudantes e professores desenvolvendo atividades educativas em lugares ou tempos diversos.

Neste cenário, a formação à distância em enfermagem, como mencionamos, pode ser considerada arriscada, no que tange à qualificação esperada para a profissão, especialmente no contexto atual, que expõe profissionais da saúde a vivências com complexas tecnologias, de toda a natureza, desde as mais duras – como maquinários e equipamentos – até as leves, que fazem refletir sobre a evolução das relações humanas e a inserção do homem no mundo atual e suas demandas pessoais. Esta gama de situações inerentes ao campo da saúde demonstra a necessidade do desenvolvimento de profissionais, aptos para garantir este nível de qualidade que se espera da assistência prestada à população (SILVA *et al.*, 2015).

Destaca-se, ainda, que o mundo do trabalho exige cada vez mais dos profissionais, esperando o esmero de um desenvolvimento profissional com uma postura crítico-reflexiva e, para a tal, é necessária a aquisição de conhecimentos e competências técnicas e relacionais, de forma a promover o desenvolvimento profissional e pessoal dos sujeitos (SILVA *et al.*, 2015).

Para tanto, os cursos de formação devem propiciar-lhes habilidades de pesquisa e de atuação profissional no ensino, em sua gestão e organização, e na gestão de instituições. A regulação em pauta não se furta de apresentar os conceitos de educação, de docência, de currículo, de formação inicial e continuada, implícitos nas orientações, e que pretendem assegurar nos processos de formação estudos teórico-práticos, investigação e reflexão crítica (SCHEIBE; BAZZO, 2016).

Frente a estas demandas relativas à formação do profissional da saúde, emerge a dúvida se o modelo Ead está preparado para atender as expectativas expostas. Nesse ponto da reflexão, é oportuno realizar uma síntese analítica das repercussões formativas das demandas descritas. Não obstante, pode-se conjecturar que o aprendizado no qual se necessite desenvolver habilidades com sistemas complexos exige minimamente a presença de educadores, pois dado o grau de complexidade, algumas nuances deste processo de aprendizado somente viriam a surgir na utilização do recurso tecnológico (como designado previamente de diversas naturezas) e o distanciamento impede a troca fortuita entre educador e educando de detalhes que, no cotidiano da assistência, podem conduzir a verdadeiras latrogenias no cuidado em saúde.

Quanto à postura crítica e reflexiva, poderia ser desenvolvida à distância com sérias limitações, uma vez que seu desenvolvimento implica necessariamente a imersão do estudante no grupo. Isso propicia debates que despertam, em um primeiro momento, as capacidades em um cenário de maior aproximação entre estudantes e professores, para que, a partir destas experiências, os estudantes possam desenvolver posturas críticas e reflexivas no ambiente de atividade prática e ou trabalho. Por outro lado, de uma forma mais objetiva, pode-se arguir a dificuldade ou até mesmo impossibilidade em se aprender técnicas relacionais em uma modalidade de ensino à distância.

Por fim, no que tange à pesquisa e extensão, não se pode, obviamente, abstrair a presença do orientador para este nível de desenvolvimento e aprendizado de um estudante, ou seja, não se pode falar de pesquisa e extensão em sua máxima de maneira não presencial.

Feitas tais ponderações, ainda se acrescenta outro ponto para esta discussão que diz respeito à instauração no Brasil do modelo EaD, o qual surgiu em meio ao expressivo processo de ampliação e mercantilização do ensino superior, iniciado, sobretudo, no governo Fernando Henrique Cardoso (FHC) – 1995 a 1998 e 1999 a 2002 – e corroborado no decorrer da gestão petista de Luiz Inácio Lula da Silva – 2003 a 2006 e 2007 a 2010 – e de Dilma Rousseff – 2011 a 2014 e 2015 a 2016 (DA SILVA; RABELO, 2017).

Tratou-se de uma resposta à grande crise capitalista de 1970 e o reordenamento neoliberal do Estado, conduzido pelos organismos internacionais, refletido na periferia do capitalismo e, consequentemente, intenso processo de privatização das políticas sociais com destaque para a educação, em particular a educação superior (DA SILVA; RABELO, 2017).

Como destaca Lima (2007), as políticas neoliberais vêm orientando um conjunto de reformas políticas e econômicas nos países periféricos, que incluem desde reestruturação da esfera produtiva, reordenamento do papel do Estado, até a formação de uma nova sociabilidade. Cumpre um papel fundamental, no contexto delineado, a utilização das Tecnologias da Informação e da Comunicação (TIC), enquanto mecanismos de mercantilização, ainda que esta utilização, por meio do EaD, apareça com o discurso de internacionalização e democratização do ensino.

A defesa de uma formação crítica, reflexiva, promotora de emancipação é fundamental. Isso oportuniza que profissionais assim desenvolvidos sejam transformadores das práticas em saúde de nossa sociedade, alinhados aos preceitos e

pressupostos do SUS, o qual traz em seu âmago o respeito à vida, aos indivíduos e as experiências em saúde, reconhecendo-as no contexto de vida das pessoas assim como suas contradições. E aqueles que lutam por estas ideologias em saúde devem compreender as mudanças e o dinamismo político e econômico atual do país, com o intuito de projetar estratégias de resistência. Nessa seara, pretendeu-se discutir o processo de mercantilização da formação profissional, considerando-se os riscos da modalidade à distância ao desenvolvimento de uma formação qualificada de enfermeiros, para a qual se espera a construção de um arsenal teórico e crítico-reflexivo que contribua com a enfermagem com cientificidade e humanitude.

PONDERAÇÕES DO MODERADOR

Vale resgatar que o Congresso Internacional de Políticas Públicas de Saúde, desde a palestra de abertura do evento, enfatiza a necessidade de formação profissional em saúde com alicerces políticos intrinsicamente relacionados à formação crítico-reflexiva. Nesse contexto, se debate que o processo de formação em saúde visa atender aos interesses públicos, com a aproximação das instituições de ensino com o serviço. Dessa forma, ocorre o fortalecimento das relações e as transformações da realidade são possíveis, tanto do serviço que se abre para novos conhecimentos, incorporação de ações propostas pelas instituições de ensino, como com os estudantes e professores que vivenciam a realidade da rede de saúde, com suas fortalezas e fragilidades.

A integração ensino e serviço é compreendida como o trabalho coletivo, condescendido e conexo de estudantes e professores dos cursos da saúde com integrantes das equipes de saúde, abrangendo os gestores e objetivando à qualidade de atenção à saúde para a população, desenvolvimento profissional dos estudantes e satisfação da equipe de saúde (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008).

As Diretrizes Curriculares Nacionais apontam o perfil do estudante com iniciativas neste processo de formação profissional como agente responsável pelo seu aprendizado, e o professor assume papel de mediador neste processo. Assim, o serviço de saúde no qual são realizadas as atividades práticas durante o processo de formação assumem função transformadora, pois, neste espaço, o estudante visualiza os indivíduos dentro da comunidade onde vivem, compreende a finalidade das práticas do cuidado em saúde e o fluxo de rede de atenção à saúde.

Dessa forma, a integração entre ensino e serviço surgiu como alicerce dos investimentos que estão sendo realizados na formação em saúde, objetivando reorientar a formação profissional e motivar mudanças no ensino e aprendizagem, nos processos de geração do conhecimento e atenção à população (CYRINO *et al.*, 2012).

Nesse âmbito, cabe trazer o papel que a extensão universitária possui em fortalecer as relações e o vínculo entre ensino e serviço por meio da manutenção permanente de estudantes e professores com as ações extensionistas no serviço e na comunidade e não apenas durante um período de atividade teórico-prática.

A extensão universitária, que existe há anos no ambiente das universidades, já foi explicada por diferentes linhas de pensamentos, colocando-a em momentos distintos de acordo com os interesses de cada contexto social vivenciado na trajetória histórica (RIBEIRO; PONTES; SILVA, 2017). Ela é considerada um dos tripés (ensino, pesquisa e extensão) imperativos da formação acadêmico-profissional e se constitui numa atividade que todos os estudantes do ensino superior devem se inserir (RIBEIRO, 2015).

Por outro lado, observa-se que as aproximações do ensino e do serviço são majoritariamente ligadas a programas subsidiados em parcerias entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, com escassas alterações curriculares. Compreende-se que as mudanças curriculares carecem de investimentos em médio prazo, enquanto a inclusão em programas são ações mais imediatistas e oportunizam aos estudantes aproximação com a prática, experiência interdisciplinar e pensar crítico-reflexivo de uma forma mais ampliada. No entanto, cabe às instituições de ensino repensar seus currículos para oferecerem formação diferenciada, experiências e práticas de estágios, de vivência nas comunidades e de pesquisa para que possam alcançar o conhecimento almejado sobre a saúde pública brasileira (SANTOS; AZEVEDO, 2013).

Convivemos com a obstinação de muitos professores frente às proposições de mudanças curriculares. Há uma tendência de replicação do modelo no qual foram formados, o que faz com que mantenham posturas rígidas, acomodadas e resistentes às mudanças. Assim, torna-se imprescindível que o professor se dispa dos "pré-conceitos" relacionados a novas metodologias e articulações das disciplinas.

Constantemente bons técnicos se tornam professores, sem a adequada formação pedagógica, o que pode resultar num desprovido e escasso conhecimento de estratégias pedagógicas, fato este que reforça a obrigatoriedade quanto à formação

pedagógica específica, aspecto crescentemente reconhecido pelas instituições de ensino superior nacionais e internacionais (BATISTA *et al.*, 2015).

Por permanecerem habituados com a fragmentação das disciplinas e a ausência de diversificação dos cenários de atenção, a inclusão de uma nova dialética de ensino fica restrita. Entende-se que a aquiescência das mudanças deve ser processual, envolvendo professores e estudantes nesta construção, pois a formação profissional do professor teve como foco o modelo biologicista, com ênfase em tecnologias complexas, compreendendo-as como tecnologias duras prioritariamente. A concretização do processo de mudanças gera a inclusão de novos conhecimentos e fazeres e novas configurações de pensar e agir em relação ao processo de ensino-aprendizagem e de cuidado. Assim, vislumbra-se que as mudanças curriculares vêm acontecendo entre avanços, retrocessos e desafios (PERES *et al.*, 2018).

Em meio a tantos desafios já vivenciados na formação em saúde com os cursos presenciais, surgem as propostas de cursos de graduação em enfermagem com a modalidade de ensino à distância. São grandes as inquietações nesta modalidade no que tange ao alcance do perfil do egresso desejado.

A construção/formação, durante cinco anos de graduação com um curso presencial, de um profissional enfermeiro generalista, político, humano, crítico e reflexivo se dá a partir de vivências práticas nos serviços de saúde, do acompanhamento direto do professor para desenvolvimento de habilidades e a plena vivência da essência do cuidado de enfermagem, que é o toque, o olhar nos olhos, o sorrir com o nascimento e o chorar com a finitude da vida. Impossível imaginar a formação de um profissional com estas características na modalidade de ensino à distância. Já apresentamos dificuldades no acolhimento e na humanização estando lado a lado com o estudante, o que nos leva a questionar: como será se isso ocorrer à distância?

E, indo além, o quanto um modelo de formação com estas características promoverá a formação para o SUS? Em tempos em que o SUS enquanto sistema de saúde ao povo brasileiro vai na direção do sucateamento, como já refletimos aqui, para se liberar este espaço de oferta de serviços de saúde a grandes empresas, inclusive internacionais, que venderão efetivamente a saúde ao povo brasileiro, como se fortalecerá a formação para o SUS neste contexto? A impressão óbvia é de que estas correntes políticas e econômicas "reestruturação do SUS" e EaD comungam dos mesmos referenciais filosóficos, teóricos e metodológicos sustentados por uma política reconhecidamente neoliberal.

A situação é grave, e o CIPPS não se organizou somente por questões ideológicas, envolvendo o modelo de saúde representado pelo SUS. Mas o fato é que o CIPPS, como a própria chamada do evento denominou, veio levantar a bandeira de defesa do SUS, entendendo o sistema como ideal para a oferta de saúde com dignidade e ética. Na moderação, portanto, se falou prioritariamente em formação crítico-reflexiva, sabendo que intrínseco a este modelo de formação está imbricada necessariamente a defesa pelo SUS e contra qualquer tipo de formação que eventualmente possa limitar o aprendizado de profissionais que lidam com vida. Por isso mundialmente tem se demonstrado cada vez mais os esforços no sentido de se obter a melhor formação, baseada inclusive em novos conceitos de uma formação avançada, sendo que neste cenário a formação clínica de alta performance é a meta.

Ademais, ainda é relevante elucidar que o espaço aqui de discussão não tomou por iniciativa refutar a proposição do modelo EaD, pois se sabe que a proposta é boa para muitas situações. Mas o que se quer alertar é que para a formação em saúde, ela pode ser usada somente como complementar à presencial.

À guisa de considerações finais, optou-se por apresentar as inquietações da plateia para fechar este capítulo reflexivo acerca deste tema que se pondera extremante importante e que possui caráter de denúncia e clamor em defesa do SUS e a formação para o SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

"A enfermagem na modalidade EAD estimula a desvalorização salarial dos profissionais. Há necessidade de fortalecer com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e sindicatos para evitar a compra de diplomas."

"Nos cursos de enfermagem EaD surgem nossas maiores preocupações. O COFEN faz a fiscalização, mas quem autoriza a abertura de cursos é o Ministério da Educação. Assim, questiona-se: o que o COFEN faz com o diagnóstico desfavorável? Por que não há um posicionamento mais firme do COFEN? Por que o estudante procura estes cursos? O que as universidades públicas estão fazendo para que estes espaços sejam preenchidos? E o sistema de cotas? Como está?"

"Observa-se a grande ameaça que está sofrendo o SUS. O Estado está incitando que não é mais responsável pela oferta da saúde, quer transferir a responsabilidade

para a família. Muitos estudantes chegam nas instituições de ensino privilegiando a atenção hospitalar. E querendo se distanciar da atenção primária. Precisamos defender a atenção primária como a entrada na rede."

"Faz-se necessário acabar com a divisão da enfermagem entre atenção primária e hospitalar. O grande desafio é vislumbrar a rede de atenção à saúde, é fazer com que estes pontos se conectem e para isso precisa diálogo. A atenção domiciliar mostra uma continuidade, um resgate do sistema de referência e contra referência. A Estratégia de Saúde da Família qualificou muito a atenção e hoje podemos afirmar que este trabalho é responsável por diminuir internações hospitalares recorrentes."

"Acende-se uma preocupação na EaD quanto ao perfil do estudante de enfermagem. Nosso público de estudantes ainda apresenta diversas carências do ensino médio, possuem conhecimentos precários de interpretação de textos, ortografia e cálculos básicos de matemática. Como estas fragilidades serão compensadas?"

"Como atuar com metodologias ativas no EAD conforme propõem as DCNs?"

"Majoritariamente os enfermeiros são empregados no SUS. Algumas instituições se fecham nos laboratórios e se distanciam dos serviços da rede de atenção à saúde. Como estes profissionais serão formados sem vivenciarem a realidade do SUS?"

"Integração ensino e serviço mostra esforço de todos os envolvidos no trabalho coletivo. A modalidade EaD afasta. O profissional que se formar precariamente será absorvido pelo serviço, e o serviço terá que compensar as limitações e fragilidades."

"O estudante chega no curso querendo ver a prática. Será que não é possível inverter um pouco esta lógica? Talvez isto pode ser mais atrativo. Se o estudante não está compreendendo e se sentindo atraído pela atenção primária nas fases iniciais, talvez possamos inverter esta lógica e depois fazer ele compreender a rede e as atenções primária, secundaria e terciária."

REFERÊNCIAS

ALARCÃO, I. **Professores reflexivos em uma escola reflexiva**. 8 ed. São Paulo: Cortêz, 2011.

ALBUQUERQUE, V. S. *et al.* A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro , v. 32, n. 3, p. 356-362, Sept. 2008 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-

55022008000300010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 abr. 2019. http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000300010.

BACKES, D. S. *et al.* Repensando o ser enfermeiro docente na perspectiva do pensamento complexo. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 3, p. 421-426, jun. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000300012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 abr. 2019. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000300012.

BATISTA, S. H. S. da S. *et al.* Formação em Saúde: reflexões a partir dos Programas Pró-Saúde e PET-Saúde. **Interface (Botucatu),** Botucatu , v. 19, supl. 1, p. 743-752, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000500743&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 abr. 2019. http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0996.

BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 05 de outubro de 1988.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação (BR). Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 07 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em enfermagem. **Diário Oficial da União**. Brasília, 09 nov. 2001.

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei n. 9.394/1996,** de 20 de dezembro de 1996. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília, 1996.

CYRINO, E. G. *et al.* Ensino e pesquisa na estratégia de saúde da família: o PET-Saúde da FMB/Unesp. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 1, p. 92-101, mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000200013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 abr. 2019. http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000200013..

FERRAZ, L.; VENDRUSCOLO, C.; MARMETT, S. Educaçao Permanente na Enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 28, n. 2, p. 196-207, maio/ago, 2014.

FREIRE, P. **Conscientização**: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Centauro, 2001, 116p.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 41. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005, 213 p.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários à prática educativa. 43. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

LAZZARI, D. D. *et al.* Estratégias de ensino do cuidado em enfermagem: um olhar sobre as tendências pedagógicas. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre (RS), dez. 2011, 32(4): 688-94.

LIMA, K. R. de S. **Contra-reforma na educação superior**: de FHC a Lula. São Paulo: Xamã, 2007.

NATIONAL NURSING CENTERS CONSORTIUM (NNCC). Global Advanced Practice Nursing Symposium. United State of America, 2014. Disponível em: http://www.nncc.us/images_specific/pdf/GlobalAPNSymposiumFINAL.pdf. Acesso em: 12 jun. 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Assembleia Geral das Nações Unidas. **Transforming our world**: the 2030 agenda for sustainable development. Disponível em: http://www.who.int/hrh/resources/glob-strathrh_workforce2030.pdf?ua=1. Acesso em: 30 abr. 2018.

RIBEIRO, M. R. F. **A sala de aula no contexto da cibercultura:** formação docente e discente em atos de currículo. 207 f. Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, 2015.

RIBEIRO, M. R. F. *et al.*. A contribuição da extensão universitária na formação acadêmica: desafios e perspectivas. **Revista Conexão** UEPG, v. 13, p. 52-65, 2017.

SANTOS, A. M.; AZEVEDO, V. L. S. Formação profissional em saúde: qual o papel da universidade? **Seminário Internacional de Políticas Públicas Intersetorialidade e Família**

DESAFIOS ÉTICOS NO ENSINO, NA PESQUISA E NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL v.1, 2013. Disponível em: http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/anais/sipinf/edicoes/I/2.pdf. Acesso em: 20 fev. 2017.

SCOCHI, C. G. S. *et al.* Mestrado profissional: potencial contribuição para a Enfermagem de Prática Avançada. **Revista Brasileira de Enfermagem,** v. 68, n. 6, p. 1186-1189, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n6/0034-7167-reben-68-06-1186.pdf. Acesso em: 15 jun. 2018.

SCHEIBE, L.; BAZZO, V. L. Formação de professores da educação básica no ensino superior: diretrizes curriculares pós 1996. **Rev. Inter. Educ. Sup**. Campinas, SP, v.2, n.2, p. 241-256, maio/ago. 2016.

SILVA, A. das N. *et al.* Limites e possibilidades do ensino à distância (EaD) na educação permanente em saúde: revisão integrativa. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, abr. 2015, p. 1099-1107. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000401099&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 abr. 2019. http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015204.17832013.

SILVA, T. A. B. da; RABELO, J. B. Ensino à distância e suas implicações para a formação dos assistentes sociais: uma reflexão dos cursos EAD no Estado de Pernambuco. **Temporalis**, [S. l.], v. 17, n. 33, p. 103-140, set. 2017. ISSN 2238-1856. Disponível em: http://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/16747. Acesso em: 29 abr. 2019. Doi: https://doi.org/10.22422/temporalis.2017v17n33p103-140

SILVA, K. J. da; BENDER, J. W.; VENDRUSCOLO, C. Implicações da formação em enfermagem na qualificação do SUS: um estudo bibliométrico. **Ver Educação** UNG, 2018, 13(2):100-10.

VENDRUSCOLO, C.; PRADO, M. L. do; KLEBA, M. E. Teaching-Service integration within the National Professional Health Education Reorientation Program**.** **Ciência & Saúde Coletiva,** 21(9): 2949-2960, 2016.

VENDRUSCOLO *et al.* Estratégias pedagógicas que norteiam a prática de enfermeiros professores: interfaces com a educação libertadora de Paulo Freire. **Inova Saúde,** 2018, 7(1): 93-110.

VENDRUSCOLO *et al*. Mestrado Profissional: promovendo a transformação da práxis em enfermagem. *In*: DICKMAN, I. (org.). **DNA Educação II**. São Paulo: Dialogar, 2018.

PERES, C. R. F. B. *et al***.** Um olhar dialético para as mudanças curriculares na formação do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 52, e03397, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100474&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 abr. 2019. http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017038003397.

POSFÁCIO

EM DEFESA DO SISTEMA UNIVERSAL DE SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DE ORGANIZAÇÃO DO I CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE (CIPPS)

Daniela Savi Geremia[7]
Maria Eneida de Almeida[8]
Delia Paciela Cardozo[9]
Jeane Barros de Souza[10]
Maíra Rossetto[11]
Agnes de Fátima Pereira Cruvinel [12]
Margarete Dulce Bagatini[13]

[7] Presidenta do I CIPPS. Doutora em Saúde Coletiva. Docente do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Líder do Grupo de Pesquisa em Políticas Públicas e Gestão em Saúde (PPGS).

[8] Vice-presidenta Nacional do I CIPPS. Doutora em Saúde Coletiva. Docente do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Coordenadora do Núcleo Cebes Chapecó.

[9] Vice-presidenta Internacional do I CIPPS. Docente do curso de Enfermagem da *Universidade Nacional de Misiones* (UNaM). Coordenadora do Centro de Simulação da UNaM.

[10] Representante da Comissão de Cultura do I CIPPS. Doutora em Ciências. Docente do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

[11] Representante da Comissão de Infraestrutura e Logística do I CIPPS. Doutora em Enfermagem. Docente do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

[12] Representante da Comissão de Infraestrutura e Logística do I CIPPS. Doutora em Ciências. Docente do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

[13] Representante da Comissão Científica do I CIPPS. Doutora em Ciências Biológicas. Docente do curso de graduação em Enfermagem e Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

APRESENTAÇÃO

Trata-se do fechamento do livro por meio de um relato de experiência da realização do I Congresso Internacional de Políticas Públicas em Saúde (I CIPPS), em defesa do sistema universal de saúde. O evento realizado nos dias 6, 7 e 8 de dezembro de 2017, em Chapecó-SC, foi organizado pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Universidad de Misiones* (UNaM), Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e Grupo de Pesquisa em Políticas Públicas e Gestão em Saúde (PPGS). O congresso recebeu mil e quinhentas inscrições e contou com ampla participação nas atividades programadas. Foram apresentados trezentos e oitenta trabalhos nas sessões coordenadas e as mesas redondas contaram com pesquisadores do grande campo da Saúde Coletiva no Brasil, Itália e Argentina.

O congresso, que foi gratuito, promoveu um espaço de reflexão, discussão e intercâmbio de conhecimentos de cunho político, técnico e científico, com a finalidade de fortalecer, na região oeste catarinense, os princípios de justiça social das políticas públicas de acesso universal à saúde. E incluindo a abertura macrorregional de novos cursos de pós-graduação, novas pesquisas interinstitucionais, novos projetos de extensão, ações que ampliam o horizonte e a perspectiva de crescimento e fortalecimento institucional com finalidade de alcançar a sociedade brasileira.

Os cursos de graduação de Enfermagem e Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) têm suas estruturas curriculares pautadas na saúde coletiva com a meta de formar profissionais dentro da mudança de paradigmas que se dirige para o processo saúde e doença. O Sistema Único de Saúde (SUS) representa a conquista basilar do processo de redemocratização do país, que determinou novos rumos às políticas públicas sociais, na educação e na saúde. A área da saúde sempre trabalhou de forma negociada para garantir espaço nas políticas de Estado. Uma das formas de se garantir o direito à saúde para a população brasileira é manter o vínculo da sociedade com as instituições públicas de educação e saúde (BRASIL, 1988; FUNCIA, 2018). Para tal, é preciso constância de realização de eventos científicos que tenham como foco central o aumento da qualidade de vida da população com objetivo de consolidar a universalidade, integralidade e equidade em saúde, princípios pétreos da Constituição Federal de 1988, que instituiu o SUS (PAIM, 2009).

Nessa perspectiva é que se realizou "I Congresso Internacional de Políticas Públicas de Saúde (CIPPS): em defesa do sistema universal de saúde", com o intuito de ampliar o debate regional sobre o sistema universal de saúde, o direito à saúde e defesa do SUS, com base ideológica do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

Escrever um relato de experiência do CIPPS representa um desafio pós-evento, que exige cuidado e organização para compartilhar toda articulação, dedicação e todo empenho, principalmente os resultados locais e regionais. Além disso, exige refletir sobre o trabalho em equipe de um conjunto de pessoas e instituições que ampliaram e fortaleceram laços de colaboração acadêmica e de militância em saúde coletiva.

Este texto tem como objetivo, portanto, compartilhar a experiência da organização do CIPPS, escrevendo um registro das memórias ao apontar os principais momentos vivenciados, desde quando se decidiu assumir essa enorme responsabilidade, até os resultados alcançados após evento.

INTRODUÇÃO

A Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) é a primeira universidade brasileira constituída mediante processos de participação popular, assegurando o acesso à educação superior para a população historicamente excluída. Situada na Mesorregião da Grande Fronteira do Mercosul, é uma instituição *multicampi*, com caráter público e popular, proveniente de uma luta de mais de quarenta anos dos movimentos sociais em defesa da sociedade com ideários de democracia, igualdade, respeito à diversidade, cidadania, direito à educação pública gratuita, sustentabilidade e justiça social.

Dentro do pressuposto de que uma universidade popular é criada para a sociedade e não para estar à parte dela, um dos eixos estruturantes da criação da UFFS foi *Políticas e Práticas de Promoção da Saúde Coletiva*. Desde o princípio, a sociedade apresentou anseios em relação à formação de profissionais que deveria contemplar aspectos críticos da atenção em saúde, com conscientização da necessidade de conhecer as realidades da sociedade para além das unidades de saúde e hospitais, estimulando a humanização na assistência.

Demandas voltadas para o SUS tornaram-se uma exigência social e, dessa forma, a UFFS pauta-se na ampliação do acesso à educação superior e à saúde

pública como direito básico e inalienável do cidadão, contribuindo na consolidação de uma sociedade menos desigual e mais justa. Os cursos de graduação de Enfermagem e Medicina da UFFS estão estruturados na saúde coletiva. Com essa estrutura, tem a meta de formar profissionais dentro da mudança de paradigmas que se dirige para a saúde e não para as doenças, que atende a Atenção Primária em Saúde nas Unidades Básicas da rede de atenção e não exclusivamente em hospitais.

O SUS representa a conquista basilar do processo de redemocratização do país, que determinou novos rumos às políticas públicas sociais, na educação, na atenção e na gestão em saúde. Como afirmamos, a área da saúde sempre trabalhou de forma negociada para garantir espaço nas políticas de Estado. Todas as conquistas do direito à saúde são pautadas por grandes esforços e militância. Uma das formas de se garantir o direito à saúde para a população brasileira é manter o vínculo da sociedade com as instituições públicas de educação e saúde, sobretudo, as universidades públicas. Para tal, é preciso constância de realização de eventos científicos que tenham como foco central o aumento da qualidade de vida da população com objetivo de consolidar a universalidade, integralidade e equidade em saúde, princípios pétreos da Constituição Federal de 1988, que instituiu o SUS.

O tema do congresso "em defesa do Sistema Universal de Saúde" foi escolhido tendo em vista que o direito universal à saúde é uma condição de cidadania, já conquistado no Brasil mediante lutas e resistências dos movimentos sociais, principalmente do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Ele foi institucionalizado em 1976, com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), cujo objetivo central era estudar, analisar e avaliar a realidade do momento na busca de melhorar a saúde da população brasileira numa perspectiva de construção permanente de um sistema público de saúde, efetivo e de qualidade. Importante sublinhar que foi o CEBES que propôs a criação do SUS, ainda em 1976, com ideal traduzido em um documento aprovado pelos núcleos de todo o Brasil, cujas palavras se tornaram os artigos da saúde na Constituição Federal de 1988, na criação oficial do SUS. Nesse sentido, é essencial ressaltar que há 41 anos o CEBES luta e resiste bravamente pelo direito da população brasileira nos temas da seguridade social – saúde, educação, assistência, previdência – e todos os fatores que determinam a saúde de um povo, como trabalho, emprego, habitação, saneamento, lazer, cultura, esporte. O CEBES – Núcleo Chapecó foi

criado exatamente para ser parte da luta e da resistência "em Defesa do Sistema Universal de Saúde". Esse direito precisa ser fortalecido, ampliado e defendido por nós – que somos a sociedade brasileira –, com o suporte do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira que está a cada dia mais vivo e atuante. Assim, o tema do I CIPPS buscou o espaço para reflexão, discussão e intercâmbio de conhecimentos técnico-científicos entre estudantes, pesquisadores, professores, gestores, profissionais da saúde e áreas afins para fortalecer os princípios de justiça social mediante políticas públicas de acesso universal.

O NASCIMENTO DO I CIPPS

Em outubro de 2016, alguns docentes do curso de Enfermagem da UFFS fizeram uma viagem para firmar parcerias com a *Escuela de Enfermaría da Universidade Nacional de Misiones (UNaM)* em Posadas, na Argentina. Iniciou-se uma cooperação no intuito de realizar intercâmbios docentes e discentes; assim, surgiu a primeira ideia de organizar um evento para que os docentes pudessem se conhecer e estudar as grades curriculares de ambos os cursos. Passados alguns meses desta viagem, organizou-se, em Chapecó, um Núcleo do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), que tem como base ideológica o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), e prioriza a defesa intransigente do acesso universal à saúde, com assistência de qualidade, resolutividade e luta pela justiça social.

A partir da criação do Núcleo CEBES Chapecó, em dezembro de 2016, foi planejada uma mesa-redonda para debater o momento político, mas havia o desejo de algo mais abrangente, como um evento que agregasse mais pessoas e qualificasse as discussões em torno da saúde coletiva na região. A partir de então, foi proposto um congresso internacional, convidando a Escola de Enfermagem da UNaM para auxiliar na organização, cuja parceria estava sendo fortalecida através do programa *Nosotros*, visando à integração entre as universidades, com envolvimento fundamental dos docentes e discentes do Grupo de Pesquisa em Políticas Públicas e Gestão em Saúde (PPGS), quee foram fundamentais como organização e coordenação das atividades.

Nos primeiros meses do ano 2017, deu-se início ao processo de desenvolvimento teórico do congresso, com elaboração do projeto e captação de recursos

financeiros junto às agências de fomento – CNPq e FAPESC. Para surpresa de todos os envolvidos, o projeto foi contemplado pelas duas agências de fomento, recebendo a confirmação nos meses de agosto e setembro de 2017. Houve cortes consideráveis referentes aos recursos solicitados, mas, com alguns ajustes, foi possível garantir a exequibilidade da proposta. Desse modo, iniciou-se a árdua tarefa de organizar e executar um evento internacional de saúde na região oeste de Santa Catarina.

O evento propôs-se, desde o início, a mostrar protagonismo e resistência política frente à conjuntura desfavorável de crise instalada no país a partir de 2014 e agravada com o golpe na democracia frente ao processo de *impeachment,* em 2016, da presidenta eleita. Apesar de toda situação do país, muitos eventos com esse mesmo intuito foram realizados como forma de organização dos movimentos e embasamento técnico e científico dos motivos para defender as conquistas democráticas do MRSB e que resultou no Sistema Único de Saúde, tal como definido na Constituição Federal de 1988. Entretanto, tendo claras as motivações para os debates que se pretendia ter no congresso, iniciaram-se as articulações com gestores municipais de saúde, universidades, entidades militantes e parceiras ideológicas, em defesa do sistema universal de saúde e do SUS, criando uma rede de forças em prol de uma pauta estratégica. Nesse ínterim, todas as atividades técnicas, científicas e culturais do CIPPS tiveram esse embasamento.

Em pouco mais de três meses, estudantes, docentes, técnicos e voluntários foram mobilizados, formando uma equipe que não mediu esforços para que o congresso acontecesse, pois nenhuma etapa da organização foi isolada e, num pequeno espaço de tempo, foi possível acontecer o congresso.

Inicialmente, era previsto um público de seiscentas pessoas, mas foram efetuadas mil quatrocentos e treze inscrições, sendo necessário readequar espaços previamente reservados. Foi mantida a proposição de inclusão de todos e todas que desejassem participar dos debates, de forma gratuita. A gratuidade deste evento foi mais um símbolo de resistência e luta frente à conjuntura política e econômica brasileira.

Com organização da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES Núcleo Chapecó-SC), Grupo de Pesquisa em Políticas Públicas e Gestão em Saúde (PPGS) e da *Universidad Nacional de Misiones* (UNaM) – Argentina, o CIPPS também contou com outros apoios igualmente fundamentais: Conselho Nacional de Desenvolvimento

Científico e Tecnológico (CNPq); Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC); Prefeitura Municipal de Chapecó-SC – Centenário de Chapecó; Cooperativa de Crédito Rural com Interação Solidária Chapecó-SC (CRESOL); Cooperativa Central de Tecnologia, Desenvolvimento e Informação (COOPERTEC); Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ); Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO); Instituto de Saúde Coletiva (ISC-BA); Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM-UNICAMP); Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC-UFSC); Instituto de Medicina Social (IMS-UERJ); REDEUNIDA; Centro Acadêmico de Enfermagem da UFFS – Campus Chapecó; Centro Acadêmico de Medicina da UFFS – Campus Chapecó.

As reuniões de trabalho, as divisões de atividades das comissões e subcomissões deram a esta experiência um reflexo positivo com elevação de autoestima institucional, diante da emergência da capacidade inerente de um coletivo de trabalho interprofissional, que realizou o maior evento de saúde coletiva até então, no Oeste catarinense. Em pouco tempo, com escassos recursos financeiros e com experiências pessoais esparsas, apesar de percalços naturalmente ocorridos, o sentimento geral é de que foi uma grande experiência. Foi criado um perfil institucional de Saúde Coletiva na UFFS, em defesa permanente do direito à saúde.

ORGANIZAÇÃO E REALIZAÇÃO DE UM CONGRESSO DE PORTE INTERNACIONAL

O I CIPPS contou com a participação de estudantes, docentes, gestores, profissionais de saúde, movimentos sociais e comunidade em geral, totalizando mil quatrocentos e oitenta e três inscritos e setecentos e oitenta e dois participantes. Foram realizados dezoito cursos pré-congresso e sete painéis centrais com convidados especialistas nos temas que tratavam da defesa do sistema universal de saúde.

No dia 6 de dezembro, aconteceram os cursos pré-congresso com temáticas variadas: Programa de controle da Dengue; Zika Vírus e Febre Chikungunya nos municípios de Chapecó e Pinhalzinho: experiências e desafios; Boas práticas de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde; Contribuições da economia da saúde para a política pública de saúde: o impacto do novo regime fiscal sobre a

eficiência da gestão do Sistema Único de Saúde; Práticas integrativas e complementares na atenção integral à saúde do trabalhador; A Fronteira Sul: perspectiva da conquista; As plantas medicinais como alternativa de saúde pública; Práticas médicas na atenção básica à saúde: comparando políticas de diferentes países; Rol de profesionales de la salud en la implementación de políticas para promover la salud materno infantil; Monitoramento e avaliação da Atenção Primária à Saúde com ênfase no processo de tutoria instituído no estado do Paraná; Políticas de Saúde Mental no Brasil e Argentina: conquistas e desafios; Avaliação global da pessoa idosa; Metodologias ativas de ensino e aprendizagem; Gênero e políticas públicas de saúde: para além das denominações; Simulación para el personal de salud; Exames laboratoriais na prática dos profissionais de saúde na atenção à saúde dos diversos grupos populacionais; Plantas medicinais e alimentícias não convencionais; Cuidado del cuidador: el cuidado del niño interior; Derechos humanos y políticas públicas de salud: inclusión en la diversidade. Esses cursos aconteceram no período da manhã, das 08h às 12h, e, à tarde, das 14h às 17h, nas dependências da UFFS – Campus Chapecó, sendo que os ministrantes foram de diversas instituições da Mesorregião da Fronteira Sul e da UNaM.

No período noturno, realizou-se a solenidade de abertura, com discursos claros e objetivos em sinalizar qual seria o posicionamento do CIPPS e da UFFS sobre a importância dos debates para a região e mobilização intelectual e militante vinculados à saúde coletiva e ao direito da população brasileira à saúde. Dentro desse espírito e no sentido de reforçá-lo, foi preparada uma sessão de homenagens a personalidades militantes da saúde coletiva que foram e continuam sendo fundamentais em suas contribuições acadêmicas e intelectuais para manter a permanência da trajetória da luta pelo sistema universal de saúde no Brasil. O primeiro homenageado foi o Professor Nelson Rodrigues dos Santos, cuja trajetória de vida dignifica cotidianamente a resistência do povo brasileiro para a garantia do Direito Universal à Saúde, refletindo solidez e integridade, que antecede e, ao mesmo tempo, se soma ao Centro Brasileiro de Estudos de Saúde/ CEBES, de onde emergiu a luta do Movimento da Reforma Sanitária com o lema "Democracia e Saúde" para a constituição de um sistema público de saúde com direito a todos os cidadãos do Brasil.

O segundo homenageado foi o Professor José Gomes Temporão, com uma trajetória de resistência desde a origem do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde/ CEBES, cuja militância no Movimento da Reforma Sanitária se reflete em valores

caros à vida humana e social, como a luta pelo Sistema Universal de Saúde e a defesa intransigente na questão do aborto como um problema de saúde pública no Brasil, bem como destacamos seu valoroso papel no processo de integração latino-americana com a criação do Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde/ISAGS.

A terceira homenagem foi para a Professora Sulamis Dain, cuja trajetória ímpar no campo da Economia Política da Saúde e do Financiamento do Setor Público culminou, entre outros prêmios ao longo de sua carreira acadêmica, com o 1º lugar do Prêmio ABEU 2017, "Brasil Saúde Amanhã: população, economia e gestão", em parceria com Paulo Gadelha, José Carvalho de Noronha e Telma Ruth Pereira, apresentando reflexões sobre "O Brasil Que Queremos" em um horizonte de vinte anos consolidando o Sistema Universal de Saúde e a melhoria da saúde pública da população brasileira. Foi igualmente homenageado o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro/IMS-UERJ, símbolo de resistência ao desmonte das instituições públicas do Brasil, que enchem de orgulho egressos de todo o território nacional. Criado no fim da década de 1960 por um grupo de professores que percebeu a necessidade de aprofundar e sistematizar reflexões sobre as questões dos determinantes sociais da saúde e do Movimento da Reforma Sanitária, caracterizou-se pela interdisciplinaridade, espírito crítico, compromisso com a realidade social brasileira e respeito ao livre debate de ideias. Assim, os que lá se formaram, os que estão em processo de formação e os que virão a se formar mantêm e manterão a luta e a resistência pelo Direito Universal à Saúde, em todos os cantos do Brasil.

A conferência de abertura – Resistência e Luta pelo Direito à Saúde – foi realizada pelo ex-ministro da saúde, José Gomes Temporão, oportunidade em que foi lançado em Chapecó um documento político que estava sendo nacionalmente lançado, "Democracia e Saúde", lema da VIII Conferência Nacional de Saúde, como um reforço ao de 1979, que deu a base institucional e política para criação do SUS.

No segundo dia, 7 de dezembro, aconteceu a mesa-redonda 1 – Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: avanços, retrocessos, desafios e perspectivas na conjuntura nacional. À tarde, ocorreu a mesa-redonda –Investimento Social e Austeridade Fiscal: desafios para o planejamento e a gestão pública. E, à noite, a terceira, com o tema Saúde e Ambiente.

No último dia, 8 de dezembro, os temas das mesas foram: Sistema Universal e Direito à Saúde, Atenção Universalizada, Equitativa e Integral à Saúde: o Controle

Social, o Controle Jurisdicional e as Ações Judiciais na Efetivação desse Direito Constitucional; Educação e Formação em Enfermagem no Brasil e na Argentina. A conferência de encerramento teve como tema "Democracia e Democratização em Saúde: Universalidade, Integralidade, Equidade e Participação Social".

A comissão organizadora propôs subcomissões com docentes responsáveis para coordenar as atividades, contando com o apoio de estudantes, técnicos e voluntários, com intensas reuniões pré-congresso entre as comissões internas e também reuniões gerais, a fim de sistematizar todas as ações propostas. Nos dias da realização do evento, todos os membros das comissões foram identificados com camisetas coloridas, a fim de manter organização e também facilitar a identificação das equipes de trabalho.

Destacou-se ainda o número expressivo de trabalhos científicos recebidos. Foram ao todo quatrocentos e oitenta e dois trabalhos submetidos e trezentos e oitenta trabalhos científicos aprovados e apresentados. Foram aceitos relatos de experiência, revisões de literatura e pesquisas qualitativas e quantitativas. A apresentação dos trabalhos ocorreu na forma de sessões coordenadas, sendo que cada sessão recebeu dez trabalhos que foram apresentados de forma oral com auxílio de pôster. O tempo total de apresentação de cada trabalho foi de 10 minutos com 5 minutos para discussão. As discussões ocorreram em torno de três eixos centrais: (1) Planejamento e Gestão dos Sistemas de Saúde; (2) Educação e formação em saúde; (3) Saberes e Práticas de Atenção à Saúde. No total, foram dez sessões coordenadas no eixo 1, quinze sessões no eixo 2 e quatorze sessões no eixo 3.

Para a avaliação de todos os trabalhos, contamos com a contribuição de oitenta e sete avaliadores de resumos e trinta e nove avaliadores das sessões coordenadas. A avaliação foi baseada nos seguintes critérios: (i) adequação à temática do congresso; (ii) adequação ao escopo do tema escolhido; (iii) organização, capacidade de síntese e clareza de exposição dos objetivos, métodos, resultados e conclusões; (iv) adequação conceitual e metodológica para atingir os objetivos do estudo; (v) coerência entre os objetivos, métodos, resultados e conclusões.

Como premiação, foram selecionados os três melhores trabalhos de cada eixo, cujos prêmios foram nomeados de acordo com sanitaristas de renome internacional no campo da saúde coletiva, que lutaram pela democracia e pelo direito à saúde. "Prêmio Samuel Pessoa" – Eixo Planejamento e Gestão dos Sistemas de Saúde. O parasitologista articulou saúde pública e saúde coletiva, campo do

conhecimento que emergiu décadas após seu ineditismo em abordar as relações entre epidemiologia, geografia e parasitologia. "Prêmio Giovanni Berlinguer" – Eixo Educação e Formação em Saúde e Saberes. Médico sanitarista, bioeticista, deputado, senador, membro do parlamento europeu, inspirador da reforma sanitária brasileira. Sua trajetória começa na saúde pública e culmina com forte atuação no campo da bioética, para a qual procurou trazer questões do cotidiano, ligadas à equidade em saúde, num momento em que a maioria dos cientistas se voltava para os casos extremos que surgiam a partir do uso de novas tecnologias na biologia. "Prêmio Sérgio Arouca" – Eixo Práticas de Atenção à Saúde. O sanitarista Sérgio Arouca foi um dos principais teóricos e líderes do chamado "movimento sanitarista", que mudou o tratamento da saúde pública no Brasil. A consagração do movimento veio com a Constituição de 1988, quando a saúde se tornou um direito inalienável de todos os cidadãos, como está escrito na Carta Magna: "A saúde é direito de todos e dever do Estado".

Os avaliadores fizeram uma devolutiva muito positiva de todos os trabalhos apresentados, considerando que ocorreu uma interação significativa entre pesquisadores e estudantes das universidades participantes de todas as regiões do país e países do Mercosul. Dessa forma, o evento atingiu os objetivos de estimular e impulsionar o debate e a pesquisa, assim como o intercâmbio de conhecimentos para fortalecer a formação crítica em políticas públicas de saúde.

Concomitantemente às atividades científicas do evento, a comissão de cultura organizou o "Espaço sem Fronteiras", no qual foi decorada uma ampla área com tapetes, almofadas e tenda, a fim de proporcionar momentos de lazer, cultura e descanso para os congressistas. Neste espaço também continha o "varal dos sonhos", onde os participantes do evento tiveram a oportunidade de escrever em papéis coloridos seus desejos e conversar a respeito deles em pequenas rodas de conversa. Uma programação cultural foi organizada, com apresentações artísticas regionais envolvendo música, dança e teatro. Contou-se com apresentações variadas, de canto e violão, de dança do ventre, dança circular, assim como a participação de outros grupos, como o Grupo de Haitianos da UFFS, que demonstrou sua cultura através da arte musical, o Coral da Fronteira Sul, Enferma-Ria, entre outros. Também foram ofertadas oficinas de *Tsuru,* de *Tai chi chuan* e rodas de chimarrão, com horários predefinidos, com a participação ativa de vários congressistas, que relataram alívio do cansaço e elogiaram as atividades culturais propostas.

Com o intuito de tornar o congresso mais atrativo e proporcionar momentos de relaxamento e saúde aos congressistas e palestrantes, também se criou o "Espaço Bem-Estar", ofertando algumas práticas como *reiki,* meditação, auriculoterapia e yoga, contextualizando com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, em vigência e ampliação na Atenção Primária à Saúde/ SUS. As práticas foram realizadas por voluntários, envolvendo acadêmicos de Enfermagem habilitados em *reiki* e também por profissionais da área da saúde, funcionários da rede municipal de Chapecó-SC, que realizaram meditação, yoga e auriculoterapia. Este espaço foi organizado pela comissão cultural do evento com tapetes, colchonetes, almofadas, macas, incenso e música suave, proporcionando um ambiente aconchegante e saudável para os congressistas.

Alguns lançamentos de livros foram realizados ao longo do congresso nos espaços reservados ao CEBES e à ABRASCO, que vieram, além de apoio, dar suporte ao evento trazendo livros de Saúde Coletiva para suprir as necessidades regionais. Os livros lançados foram: 1. "Ver-SUS Santa Catarina: itinerários (trans) formadores em saúde", organizado por Claudio Claudino da Silva Filho, Carlos Alberto S. Garcia Jr. e Douglas Francisco Kovaleski, publicado pela Copiart, em 2017, com discussão sobre as vivências relatadas, contando com a participação de diversos estudantes e docentes; 2. "Soja Orgânica Versus Soja Transgênica: um estudo sobre tecnologia e agricultura familiar no noroeste do Estado do Rio Grande do Sul", do autor Antonio Inácio Andrioli, pela Editora UFFS, em 2017; 3. "Brasil Saúde Amanhã: população, economia e gestão", organizado por Paulo Gadelha, José Carvalho de Noronha, Sulamis Dain e Telma Ruth Pereira, pela Editora FIOCRUZ, em 2017, o qual recebeu o 59º Prêmio Jabuti.

A comissão de infraestrutura contou com um espaço cedido pela Prefeitura Municipal de Chapecó que disponibilizou o Centro de Convenções municipal, firmando mais um evento do centenário de aniversário de Chapecó. A logística foi disponibilizada pela UFFS, com materiais, equipes de limpeza, transporte e informática, além de apoio do desenvolvimento do ORcode de inscrição de ouvintes e palestrantes.

O I CIPPS também contou com uma parceria com o Movimento das Mulheres Camponesas, que comercializou produtos orgânicos e produzidos por cooperativas locais. As principais dificuldades foram operacionalizar um congresso de grande amplitude em pouco mais de dois meses o que exigiu de docentes e estudantes envolvidos. Por tratar-se de final de semestre letivo, alguns docentes

não liberaram estudantes para participar do congresso, pois necessitavam contabilizar a carga horária.

COMISSÃO DE ARTICULAÇÃO INTERNACIONAL

A participação da *Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Misiones,* na organização de tão prestigioso evento, em defesa da saúde pública, deu-se em diferentes vertentes, trazendo um aporte científico através da participação de uma mesa-redonda na qual se trabalhou a formação na enfermagem na Argentina e os desafios inerentes. Em síntese, há várias décadas esta categoria se ocupa com a análise de sua regulação em diferentes dimensões desde o exercício, que demonstra as mudanças observadas a partir das reformas nos sistemas de saúde e da educação.

Quanto ao exercício, encontra-se claramente estabelecido que para uma pessoa exercer a enfermagem precisa contar com título, habilitação, matrícula profissional, educação continuada, exames de admissão, entre outras exigências. Em relação à educação, se pode mencionar as disposições emanadas das autoridades de educação e de saúde que determinam os requisitos para a graduação do curso de enfermagem nos distintos níveis. É pertinente a abordagem da formação de pós-graduação e de pesquisas como elementos fundamentais para galgar a qualidade no exercício profissional e sua consequente repercussão na segurança e na qualidade de vida das pessoas.

O aspecto regulatório que complementa a educação se constitui em um processo social de *interesse público* que utiliza a acreditação como modalidade de garantia que o Estado adota para controlar a qualidade, seja de um programa (acreditação de programas) seja de uma instituição (acreditação institucional), com base no processo prévio de desenvolvimento e evolução, no qual intervém distintos atores e instituições que se submetem voluntariamente. A mencionada situação posiciona as disciplinas da Saúde como um bem de interesse público e a conseguinte responsabilidade do Estado na formulação de políticas públicas de regulação que permitam equilibrar os interesses dos diferentes grupos envolvidos.

O entorno internacional influi na prática dos profissionais de saúde ao criar a necessidade de homologar títulos, facilitar o movimento de profissionais e também, neste caso, fortalecer as garantias para qualidade da assistência. Devido a

isso, os países do Cone Sul estão levando a cabo o processo de acreditação internacional das carreiras universitárias, entre elas a enfermagem.

A acreditação da enfermagem em suas distintas dimensões tem escassos antecedentes de desenvolvimento progressivo. Mas o mais importante é destacar a mobilização das organizações profissionais com o compromisso dos governos para realizá-la de forma sistemática em todos os países. Desde 2007, e como primeiro passo para o fortalecimento do campo, as diretrizes para o fechamento de cursos de auxiliar de enfermagem em todo o território nacional são promulgadas com força de lei. Este fato histórico teve como protagonista as diferentes instituições representativas da Enfermagem Nacional – AEUERA, ACETERA, FAE e os Ministérios da Saúde e da Educação, sendo os dois primeiros provenientes da universidade e ensino superior, enquanto a Federação Nacional representou o exercício profissional.

O termo acreditação é geralmente entendido como um processo no qual as instituições voluntariamente se submetem. Os elementos que se pretendem credenciados correspondem aos parâmetros ou padrões de qualidade previamente estabelecidos por especialistas com assistência, em geral, de instituições relacionadas à prática do grau que se pretende certificar.

A acreditação de cursos de graduação na Argentina está a cargo do *Consejo Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU)*, instituído pela Lei nº 24.521, de 1995 em Educação Superior em seu Artigo 46. Para realizar a acreditação de cursos de graduação, o *CONEAU* requer que o Ministério, de acordo com o *Consejo de Universidades (CIN)*, defina as atividades reservadas para o título, a carga horária mínima, o currículo básico, a intensidade dos padrões de formação prática e acreditação. O Ministério emitiu resoluções que estabelecem esses parâmetros para os cursos de medicina, dezessete especialidades de engenharia, agronomia, farmácia e bioquímica, mas apenas no final de 2013, pela Resolução 1724/2013 foi declarado incluído na folha de pagamento o Artigo 43 da LES o título em Enfermagem, de modo que a partir da declaração como *carreira de risco*, teve início a fase de revisão para aprovação das atividades reservadas ao título de Licenciatura em Enfermagem, instância que culminou na aprovação das normas nacionais de acreditação.

Por isso, é importante ressaltar que o ensino universitário em Licenciatura em Enfermagem, enquadrado na autonomia universitária, está de acordo com os regulamentos de cada universidade e com a Lei Nacional de Ensino Superior nº

24.521 / 95. O processo de aprovação do Ensino Técnico Superior, entre os quais a Enfermagem e a concessão de validade nacional à Graduação em Enfermagem, é regido pela Lei de Educação Técnica Profissional nº 26.058/05 e assume como documento a Resolução 7/07 do Ministério da Educação da Nação.

A Lei nº 24.004, no artigo 23, contempla, por meio de educação formalizada e sistematizada, com características especiais de adequação, a transformação de recursos humanos sem o devido preparo, através da reconversão – pessoal empírico em auxiliar de enfermagem e profissionalização – auxiliar de enfermagem em enfermeiro(a), Resolução 1027/93. A partir de 2008, um diploma de bacharel (Bacharelado) é necessário para acessar o treinamento de especialistas, de acordo com as disposições estabelecidas pelo Comitê Nacional Consultivo para as Profissões da Universidade de Saúde do Ministério da Saúde da Nação – Resolução Nº. 1.105/06 (AEUERA, Associação das Escolas de Enfermagem da República Argentina).

Outro aspecto da participação no CIPPS foi por meio de um minicurso, de modo a poder compartilhar a experiência de inovação que ocorreu na formação de enfermeiros da Escola de Enfermagem da Universidade Nacional de Misiones.

Para este fim, deve-se notar também que nos últimos anos o Bacharelado em Enfermagem tem ido em busca de melhorias na estratégia de ensino e aprendizagem, de modo que, em 2012, foi introduzida as diretrizes institucionais para a implementação da simulação como nova metodologia de ensino e aprendizagem no currículo de formação do enfermeiro. Em 2013, foi iniciada a reestruturação dos antigos gabinetes de enfermagem, transformando-os em um centro de simulação, que foi equipado com equipamentos e simuladores de alta tecnologia, podendo iniciar sua implantação em 2015.

Por todo o exposto, podemos ver também uma mudança de paradigma na metodologia de ensino-aprendizagem na formação do Bacharel em Enfermagem. Atualmente, a Escola de Enfermagem da Universidade Nacional de Misiones possui um Centro de Simulação de ponta, equipado com a mais alta tecnologia, que representa um ambiente de prática segura, característica que faz com que a carreira de Bacharel em Enfermagem esteja posicionada para responder às altas demandas da sociedade de um profissional de saúde treinado para prestar assistência integral de qualidade e livre de todos os riscos.

Outro aspecto da participação da organização CIPPS foi a participação ativa de uma grande parte do corpo docente, bem como graduados e estudantes que

participaram ativamente da organização em primeira instância à distância através do uso da tecnologia de comunicação e, em última instância, durante o desenvolvimento do mesmo, em diferentes trabalhos, como matrículas, mesas expositivas, cartazes, reuniões científicas etc., que foi considerado um grande crescimento e desenvolvimento profissional para o qual a relação institucional está aberta para eventos científicos subsequentes que podem ser organizados em conjunto.

PRINCIPAIS CONTRIBUIÇÕES DO EVENTO

O I CIPPS contribuiu com o rompimento nacional do silêncio e do cerco que a atual conjuntura política e econômica brasileira tenta forçar, seja no SUS, seja nos movimentos sociais, seja nas universidades. O sucesso deste evento é reconhecido pela importância política, acadêmica e de militância que resultou. Debates dessa magnitude realizados em um município interiorano, mas com uma grande articulação na Fronteira Sul. Assim, foi possível organizar um evento que contribuiu para a formação de profissionais da saúde, bem como a compreensão da sociedade sobre o SUS e porque devemos defendê-lo. A abertura no congresso, com o lançamento nacional do "Manifesto Saúde e Democracia: desafios para o Brasil Contemporâneo", contou com apoio integral para que a centralidade das políticas de saúde permaneça focada no cidadão, com "defesa absoluta do SUS público, universal e sustentável em termos de recursos financeiros, organizacionais e políticos".

ANEXO A – PROGRAMAÇÃO DO I CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

PROGRAMAÇÃO CIENTÍFICA

6 de dez. (quarta-feira)	
8h-12h 14h-17h	CURSOS PRÉ-CONGRESSO
17h-19h	Credenciamento
19h-21h	Mesa de abertura **José Gomes Temporão** (CEBES/FIOCRUZ) Conferência: Resistência e luta pelo direito à Saúde
7 de dez. (quinta-feira)	
8h30-12h	**Mesa-redonda 1 – Movimento da reforma sanitária brasileira: avanços, retrocessos, desafios e perspectivas na conjuntura nacional** **Nelson Rodrigues dos Santos** (UNICAMP/CEBES) — Da vitória social constitucional em 1988 – estado de bem-estar social – à pirambeira de 29 anos do estado financeirizado neoliberal **Maria Lucia Frizon Rizzotto** (UNIOESTE/CEBES) — Continuidades e mudanças nas estratégias de intervenção do Banco Mundial no sistema de saúde brasileiro **Ligia Bahia** (UFRJ/CEBES) — Ministério contra a saúde: a proposta de planos populares – significado e riscos ao SUS constitucional e à nova legislação de planos e seguros privados
14h30-18h	Mesa-redonda 2 – Investimento social e austeridade fiscal: desafios para o planejamento e a gestão pública **Sulamis Dain** (FACAMP, IMS-UERJ e UFRJ) — Renúncia fiscal e regulação do setor privado de planos e seguros de saúde: impasses e alternativas na relação público-privado na saúde **Isabela Soares Santos** (ENSP-FIOCRUZ/CEBES) — Impactos da austeridade nas políticas sociais **Claunara Schilling Mendonça** (UFGRS e GHC) — Desafios e estratégias de enfrentamento na conjuntura nacional **Ricardo Burg Ceccim** (UFRGS) — Organização política do "Ordenamento da Formação em Saúde": tarefas, desafios e experiência acumulada Mediação: **Adriana Remião Luzardo** (UFFS)
19h-21h	Mesa-redonda 3 – Saúde e ambiente **Raquel Rigotto** (UFC) — As inter-relações saúde-trabalho-ambiente: aspectos teórico-conceituais, conflitos ambientais e desafios à formação e prática dos profissionais de saúde **Antônio Inácio Andrioli** (UFFS) — Desafios no controle do uso de agrotóxicos, papel do Estado, da CNTBio e forças sociais no Brasil Mediação: **Willian Simões** (UFFS)

8 de dez. (sexta-feira)	
9h-11h30	Sessão coordenada 2
8h30-12h	Mesa-redonda 4 – Sistema universal e direito à saúde **Eleonor Minho Conill** (UFSC) — Sistemas universais de saúde: o que a comparação com outros países nos informa? **Liliana Angel Vargas** (UNIRIO) — O direito à saúde no Brasil: uma reflexão necessária **Nora Margarita Jacquier** (UNaM) — Políticas públicas y ciudadania social en la frontera argentino-brasileña Mediação: **Sulamis Dain** (IMS-UERJ/UFRJ)
8h30-12h	Mesa-redonda 5 – Atenção universalizada, equitativa e integral à saúde: o controle social, o controle jurisdicional e as ações judiciais na efetivação desse direito constitucional **Marco Antônio Teixeira** (Procurador MP-PR) — Sob o ângulo do Ministério Público **Clênio Jair Schulze** (Juiz Federal/UNIVALI) — Sob o ângulo jurídico **Nelson Rodrigues dos Santos** (UNICAMP) — Sob o ângulo da estruturação do SUS Mediação: **Paulo Roberto Barbato** (UFFS)
13h30-16h30	Sessão coordenada 3
14h30-18h	Mesa-redonda 6 – Educação e formação em saúde **Henry de Holanda Campos** (UFC) — A atenção primária em saúde na universidade brasileira **Stephan Spierling** (FMUSP) — As necessidades para a formação de médicos de família e comunidade **Ardigò Martino** (UNIBO) — A questão do direito à saúde no âmbito da saúde global Mediação: **Vanderléia Laodete Pulga** (UFFS)
14h30-18h	Mesa-redonda 7 – Educação e formação em Enfermagem no Brasil e na Argentina **Susana Beatriz Prysianiy** (UNaM) — La formación en Enfermería en Argentina: desafíos y perspectivas **Carine Vendruscolo** (UDESC) — A educação superior em Enfermagem em tempos de ameaças ao SUS **Karen Andrigue** (UNOChapecó) — Desafios contemporâneos em Enfermagem: os riscos da formação a distância Mediação: **Eleine Maestri** (UFFS)
19h-21h	Encerramento **Ana Maria Costa** (CEBES/ESCS-DF) Conferência: Democracia e democratização em saúde: universalidade, integralidade, equidade e participação social

ANEXO B – DISCURSO DE SOLENIDADE DE ABERTURA

Daniela Savi Geremia[1]
Presidenta do Congresso

Boa noite a todos e todas participantes do I Congresso Internacional de Políticas Públicas de Saúde: em defesa do sistema universal de saúde!

Meu cumprimento especial e caloroso a toda esta plateia de estudantes, pesquisadores, professores, profissionais de saúde e de áreas afins e a cada integrante desta mesa de cerimônia de abertura, composta por autoridades e grandes nomes da Saúde Coletiva, que muitíssimo nos honram com sua presença, dando um significado ainda maior a esse evento. Cumprimento o Magnífico reitor da UFFS, prof. Jaime Giolo, o ex-ministro da saúde, professor e um dos fundadores da saúde da coletiva no Brasil, José Gomes Temporão, Secretário Municipal de Saúde do município de Chapecó, Nédio Conci, Diretora da UFFS – Campus Chapecó, profa. Lísia Regina Ferreira, Diretora da Escola de Enfermagem da *Universidade Nacional de Misiones,* profa. Delia Paciela Cardozo, e a coordenadora do Núcleo do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde de Chapecó e vice-presidenta do I CIPPS, profa. Maria Eneida de Almeida.

Em nome da presidência deste I Congresso Internacional de Políticas Públicas de Saúde: em defesa do sistema universal de saúde, quero agradecer aos membros no núcleo Cebes Chapecó, do grupo de pesquisa em políticas públicas e gestão em saúde, da *Universidade Nacional de Misiones* da Argentina, especialmente a *escuela de enfermería* por aceitarem o desafio da organização deste evento.

Eu quero dar um abraço de agradecimento ao companheirismo de todas e todos docentes, discentes e técnicos administrativos da Universidade Federal da Fronteira Sul que foram essenciais para a realização do I CIPPS. Seria impossível nominar todos e todas aqui sob pena de esquecer contribuições essenciais para a realização deste evento.

Agradeço também aos nossos apoiadores técnicos e financeiros, a saber: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq),

[1] Doutora em Saúde Coletiva. Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC), Prefeitura Municipal de Chapecó-SC, sendo este um evento parte das comemorações do Centenário de Chapecó, a Cooperativa de Crédito Rural com Interação Solidária (CRESOL), Cooperativa Central de Tecnologia, Desenvolvimento e Informação (COOPERTEC), Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ), Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-BA), Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM-UNICAMP), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (PPGSC-UFSC), Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS-UERJ), REDEUNIDA, Centro Acadêmico de Enfermagem da UFFS – Campus Chapecó e Centro Acadêmico de Medicina da UFFS – Campus Chapecó.

Prezados e prezadas congressistas, este congresso foi organizado para vocês, com muito trabalho, muita dedicação e, por que não dizer, com muitos sacrifícios, para que, nestes três dias juntos, possamos compreender melhor a conjuntura política, econômica, e a reforma implícita do Estado brasileiro e, a partir disso, debatermos os rumos para a luta na garantia do direito universal à saúde.

Eu preciso contar um pouco de como surgiu a ideia da realização deste congresso. No final de 2015, eu estava retornando da licença-maternidade quando a professora Maria Eneida me chamou para conversarmos sobre a possível criação do núcleo Cebes aqui em Chapecó. Então, em janeiro de 2017, resolvemos criar o núcleo vinculado ao grupo de pesquisa em políticas públicas e gestão em saúde, sendo que em meados de abril-maio de 2017 abrimos as reuniões para toda comunidade regional.

Ainda no início de 2017, pensamos em organizar uma mesa de debates, era para ser apenas uma mesa. Mas ficamos ávidas por algo maior, um evento que agregasse mais pessoas e qualificasse os debates em torno da saúde coletiva aqui na região. Então, resolvemos propor um congresso internacional, convidando para coorganização a Escola de Enfermagem da UNaM, com a qual recentemente estávamos fortalecendo as parcerias através do programa Nosotros, que visa à integração entre as universidades. Assim, escrevemos um projeto e fomos em busca da captação de recursos financeiros junto às agências de fomento – CNPq e FAPESC; fomos contempladas recebendo a confirmação nos meses de agosto

e setembro de 2017. Nesse período, conversamos com a Direção de campus, Reitoria e Prefeitura de Chapecó, os quais nos deram apoio técnico fundamental para seguirmos adiante.

Em pouco mais de três meses, conseguimos mobilizar estudantes, professores e técnicos, uma equipe que não mediu esforços para que este congresso esteja acontecendo. Nenhuma etapa dessa organização foi sozinha, foi o maior trabalho em equipe de que eu já participei e me sinto extremamente grata por toda colaboração. Inicialmente, previamos um público de 600 pessoas para o congresso, mas recebemos 1413 inscrições até o dia 26 de novembro e ainda estamos recebendo novas inscrições, assim foi necessário pensar e readequar espaços, por isso nós estamos com a videoconferência na sala ao lado. Mantivemos nossa proposição de inclusão de todos e todas que querem participar dos debates e de forma gratuita. A gratuidade deste evento é mais um símbolo de resistência e luta frente à conjuntura brasileira. Destaco ainda o número expressivo de trabalhos científicos recebidos, foram ao todo 482 trabalhos. E começamos bem, ao longo do dia de hoje foram 19 minicursos e oficinas ofertados por diversas instituições da região.

O congresso apresentará duas conferências, de abertura e de encerramento, e sete mesas-redondas, além do Espaço Bem-Estar e Espaço Sem Fronteiras, com o desenvolvimento de práticas integrativas e complementares de saúde e atividades culturais.

Os três eixos temáticos do CIPPS propõem assuntos geradores de debates importantes para construção, consolidação e luta para a garantia de um sistema de saúde. Os eixos estão articulados para se pensar os processos de formação e educação continuada dos profissionais, as práticas de saúde e o planejamento e gestão dos sistemas. Cabe destacar que tem como intuito central representar a integração entre ensino e serviço e comunidade.

Ainda quanto ao tema escolhido para este congresso, às vésperas do SUS completar 30 anos de criação, é a defesa do sistema universal de saúde. A partir de hoje até sexta-feira à noite, abrimos espaço para debates sobre diversos temas da mais alta importância na área da Saúde Coletiva, todos ligados ao tema central.

Estamos acompanhando grandes retrocessos com relação aos direitos sociais. O SUS está enfrentando grandes ameaças vindas com as propostas de privatização, através de diversos interesses dos mercados da saúde, com as mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com a aprovação da Emenda Constitucional Nº 95, de dezembro de 2016, a qual vai agravar ainda mais o

subfinanciamento da saúde pública. Esses fatos, claramente, não conseguirão atender as mudanças no perfil epidemiológico e demográfico nos próximos anos, até mesmo a falta de investimentos em tecnologias e desenvolvimento de medicamentos e vacinas no setor público.

Tudo isso contribui para o desmonte do sistema. Tais ações e estratégias políticas afetam diretamente toda população no âmbito local, regional e nacional. O acesso à saúde está sendo cada vez mais prejudicado e limitado. Quem sofre os maiores efeitos são os usuários diretos do SUS, que representam nada menos de 75% da população brasileira, dependentes da assistência e dos tratamentos. Além disso, 100% da população brasileira acabam usando o SUS, seja nos restaurantes, na qualidade da água, nos aterros e nos lixões, nas epidemias ou em tratamentos de doenças crônicas. Ademais, toda a alta tecnologia que atende aos cidadãos brasileiros como fabricação de vacinas e medicamentos, transplantes, programas de HIV-AIDS são do SUS, com acesso universal.

O tema foi escolhido tendo em vista que o direito universal à saúde é uma condição de cidadania, já conquistado no Brasil mediante lutas e resistências dos movimentos sociais, principalmente do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Este Movimento foi institucionalizado em 1976 com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), culminando com a elaboração do texto constitucional de criação do Sistema Único de Saúde, em 1988.

Na nossa opinião, este direito precisa ser fortalecido, ampliado e defendido por toda a sociedade brasileira, com o suporte do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que está a cada dia mais vivo e atuante. Assim, acreditamos que o tema do I CIPPS busca espaço para reflexão, discussão e intercâmbio de conhecimentos técnico-científicos entre estudantes, pesquisadores, professores, gestores, profissionais da saúde e áreas afins para fortalecer os princípios de justiça social mediante políticas públicas de acesso universal. Porque é importante saber que o SUS pelo qual lutamos é o SUS como direito e não como mercadoria, ou seja, Direito Público, Direito de Cidadania.

Além disso, vale reforçar que a UFFS é a primeira universidade brasileira constituída mediante processos de participação popular, assegurando o acesso à educação superior para a população historicamente excluída. Situada na Mesorregião da Grande Fronteira do Mercosul, é uma instituição multicampi, com caráter público e popular, proveniente de uma luta de mais de quarenta anos dos movimentos sociais em defesa da sociedade com ideários de democracia,

igualdade, respeito à diversidade, cidadania, direito à educação pública gratuita, sustentabilidade e justiça social.

Dentro do pressuposto de que uma universidade popular é criada para a sociedade e não para estar à parte dela, um dos eixos estruturantes da criação da UFFS foi Políticas e Práticas de Promoção da Saúde Coletiva, quando, desde o princípio, a sociedade apresentou seus anseios em relação à formação de profissionais que deveria contemplar aspectos críticos da atenção em saúde, com conscientização da necessidade de conhecer as realidades da sociedade para além das unidades de saúde e hospitais, estimulando a humanização na assistência.

As demandas voltadas para o SUS tornaram-se uma exigência social em busca da redução das iniquidades e, dessa forma, a UFFS pauta-se na ampliação do acesso à educação superior e à saúde pública como direito básico e inalienável do cidadão, contribuindo na consolidação de uma sociedade menos desigual e mais justa, princípios pautados na Constituição Federal de 1988.

O SUS representa a conquista basilar do processo de redemocratização do país, que determinou novos rumos às políticas públicas sociais, na educação, na assistência e na saúde. A área da saúde sempre trabalhou de forma negociada para garantir espaço nas políticas de Estado. Todas as conquistas do direito à saúde são pautadas por grandes esforços e militância. Uma das formas de se garantir o direito à saúde para a população brasileira é manter o vínculo da sociedade com as instituições públicas de educação e saúde, sobretudo as universidades públicas.

Para tal, é preciso constância de realização de eventos científicos que tenham como foco central o aumento da qualidade de vida da população com objetivo de consolidar a universalidade, integralidade e equidade em saúde, princípios pétreos da Constituição Federal de 1988, a qual instituiu o Sistema Único de Saúde.

Consideramos que este evento é parte de um movimento que resiste às políticas de austeridade que estão sendo propostas como único caminho para se sair da crise política e econômica que hoje vivemos, cujo resultado, caso se efetive o desmonte do SUS por meio da privatização da assistência que se reflete nos planos populares, será absolutamente dramático para a população brasileira de maneira geral, sem exceção. Todos os brasileiros sofrerão, e não será pouco, com as perdas de direitos conquistados. "Não" ao desmonte do SUS. "Não" à perda de direitos. "Não" às políticas de austeridade. "Não" à tentativa de rasgar a Constituição Cidadã. Pelo direito à saúde da população brasileira é o que nos motivou a organizar este evento.

Portanto, gostaria de ressaltar a importância deste congresso por considerar que a luta em defesa do direito universal a saúde é uma prioridade e deve ser contínua!!! Pois o desmanche do SUS impactará de forma arrasadora na qualidade de vida de todo população brasileira. Dessa forma, esse congresso conclama a toda comunidade presente a defender o SUS, a defender um sistema público e gratuito para todos e todas!

A Comissão Organizadora e a Comissão Científica esperam que vocês aproveitem toda programação científica e cultural deste evento. Sejam muito bem-vindos à Chapecó. Declaro aberto o I Congresso Internacional de Políticas Públicas de Saúde: em defesa do sistema universal de saúde.

ANEXO C – UM GRITO QUE ECOA

Maria Eneida de Almeida[1]
Vice-presidenta do Congresso

Um congresso é um momento de parada no cotidiano, é um momento de reflexão. E neste momento emergem duas questões: "Que Brasil queremos? Que Saúde queremos?"

Essas duas grandes questões estão sendo refletidas por pensadores de todo o Brasil nos dias atuais e a proposta desse congresso é nos juntarmos a eles. Na realidade, não são questionamentos só dos dias atuais, pois eles fundaram o campo da Saúde Coletiva no Brasil. Sobretudo, acompanham toda a trajetória do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), há 41 anos, visto que esta entidade foi criada na busca de respostas a uma população brasileira desiludida, desesperançada e ameaçada. Desde 1976, ano de criação do CEBES e até hoje, muitos pensadores e militantes permanecem na luta pelo Sistema Universal de Saúde, pelo direito à saúde e pela democracia.

Quando falamos em Direito à Saúde, a democracia emerge imediatamente. Se falamos em democracia, surge o princípio básico e universal da humanidade, a solidariedade. E, para se falar em Sistema Universal de Saúde, a solidariedade é condição primordial. Em outras palavras, o Sistema Universal de Saúde tem a solidariedade como valor humano fundante. O direito à saúde, que é um dos pilares da Proteção Social, registrado na Constituição Federal de 1988, a Constituição Cidadã, com muito sangue, muito suor e muitas lágrimas de milhares de brasileiros, se coloca ao longo do tempo como a força estruturante para garantir um Estado de Direito justo e equânime.

Dessa forma, o campo da saúde, no Brasil, da Saúde Coletiva, que se preocupa com 100% da população, tem um projeto de nação, tem um projeto civilizatório, que se encontra nas letras da Lei. Foi o CEBES que, em 1979, lançou um documento onde propôs um projeto de nação, dentro dele a criação do Sistema Único de Saúde, o SUS, como um processo civilizatório com base na solidariedade.

---

[1] Doutora em Saúde coletiva. Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

O CEBES sempre esteve presente, ativamente, ao longo de toda a trajetória do SUS, na sua implantação, na sua implementação, na sua consolidação, na sua ampliação, bem como está lutando contra essa tentativa sinistra de desmonte do maior sistema universal de saúde do mundo, arquitetado para atender 100% da população brasileira, mas que sempre, desde o seu nascimento, foi boicotado pela falta de financiamento para estruturação e dinâmica para um sistema que atendesse a qualidade dos serviços e ações em saúde.

Nos dias atuais, enfrentamos novamente, a luta pela democracia, que, em 1986, já era o grande lema que brilhou e fez da 8ª Conferência Nacional de Saúde um marco fundamental da saúde Coletiva no Brasil – "Saúde e Democracia", afirmando que sem democracia não há saúde, não há projeto de nação, não há solidariedade. Logo, não há humanidade! Que Brasil queremos? Que Saúde queremos?

Essas questões se mantêm crescentemente nas mentes e nos corações de estudiosos brasileiros de todas as áreas do conhecimento, porque a Saúde Coletiva é composta por todos os campos do saber. Buscamos evitar a destruição do trabalho consolidado de um corpo pensante que atravessa todo o século XX e que na segunda metade deste século, efetivamente contribui para a construção do Sistema Universal de Saúde, com o olho posto em sua base: a solidariedade.

E foram essas duas grandes questões que permearam a criação do CEBES – Núcleo Chapecó e que impulsionaram a pensação, a elaboração e a organização desse congresso. Dessa forma que é de grande desejo que essas questões fundantes, permeadas pela solidariedade, possibilitem uma grande mobilização nas mentes e corações de cada um dos participantes deste evento, que poderão usufruir com intenso aprendizado de todo um corpo de pensadores que aceitou o desafio de constituir brilhantemente este congresso, cujas convicções e experiências de vida são fortes o suficiente para jamais se dobrar.

E este congresso se realizar no seio de uma universidade federal, pública e popular, é bastante relevante no momento que vivemos e adquirimos experiências de toda ordem. Porque vivemos tempos estranhos, sinistros, obtusos, quando falar em solidariedade, princípio fundamental da humanidade, nos remete a uma força heroica, ou arcaica, visto a contraposição do ímpeto da competitividade, do individualismo e, sobretudo, do lucro que domina os valores da sociedade de consumo, frente à alta tecnologia que hoje rege todas as relações.

Por fim, este congresso é um grito. Um grito que se une ao clamor dos cidadãos brasileiros por dignidade, segurança, educação, habitação, transporte,

emprego, lazer e todos os determinantes e condicionantes de uma sociedade ora muito adoecida e diariamente torturada. Este congresso é um grito que se une aos gritos dos pensadores resistentes e lutadores da Saúde Coletiva, que tem a saúde como o mais alto valor social. Um grito que não vai se calar. Um grito que ecoa no universo. E que jamais se silenciará.

ANEXO D – EM DEFESA DO SISTEMA UNIVERSAL DE SAÚDE: O PAPEL DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES) NO PROJETO DA NAÇÃO BRASILEIRA[1]

Maria Eneida de Almeida[2]
Daniela Savi Geremia[3]
Maíra Rossetto[4]
Agnes de Fátima Pereira Cruvinel[5]

Há 41 anos, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira acompanha intensos períodos de mudanças estruturais no Estado brasileiro, em um permanente processo de construção, cuja centralidade é a luta pelo direito à saúde. Desde meados da década de 1970 esse movimento tem a reflexão para o aperfeiçoamento de sua práxis integralmente baseada na democracia. Ao contrário do que muitos pensam, a luta pelo Direito à Saúde não se reduz à luta pelo direito de assistência à saúde ou pelo direito de serviços de saúde. É muito mais do que isso. É a luta pela transformação da sociedade e essa transformação tem uma base irredutível que não preza só pela redução da desigualdade no Brasil, mas, sobretudo, pela sua erradicação. Em suma, é uma luta que se articula para atingir o necessário processo civilizatório do povo brasileiro para se atingir a categoria de nação.

Então, podemos afirmar que essa é a essência da luta pelo direito à saúde em direta oposição da Saúde como mercadoria, como preço a se pagar, como *commodities* direcionada ao próprio povo brasileiro, que gira na dependência das condições financeiras de cada pessoa, com individualismo total. A força motriz do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) é ser uma entidade

---

1 Texto originalmente publicado no site do CEBES Nacional [http://cebes.org.br/2017/11/em-defesa-do-sistema-universal-de-saude-o-papel-do-cebes-no-projeto-da-nacao-brasileira/] que reproduzimos aqui devido à importância do tema para este livro.

2 Doutora em Saúde Coletiva. Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

3 Doutora em Saúde Coletiva. Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

4 Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

5 Doutora em Ciências. Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

que tem uma trajetória já pautada na construção da cidadania, na apropriação da dignidade de um povo ter conquistado o direito à saúde, sendo este um Direito Constitucional. E, sobretudo, por esse motivo, a resiliência se faz crescentemente necessária e deve ser cada vez mais fortalecida na obtusa conjuntura da atualidade, que vem tentando agredir e desconstruir todo o campo dos Direitos do povo brasileiro.

Dessa forma, o direito à saúde "com" democracia ou saúde e democracia ou democracia é saúde, jargões que se tornaram a mola propulsora do CEBES desde sua origem em 1976, com a publicação da Revista Saúde em Debate que foi construindo um projeto de nação com características pautadas no compromisso social, ético, político e civilizatório. Saúde não é a ausência de doença. É muito mais do que isso. A saúde se reflete nas condições de vida do povo de um território, onde mora, como vive, o que come, como trabalha, se trabalha, se estuda, qual meio de transporte utilizado, como é usar todos os dias esse meio de transporte, se tem tempo para lazer, para cuidar das crianças, para passear com a família, para amar. Isso tudo influi diretamente na saúde, determinando as condições de saúde física, mental e emocional de uma população.

Se é isso mesmo que determina a saúde de um povo, é importante se ter claro que a saúde é um elemento essencialmente político. A saúde é política, tanto quanto a fome, a miséria e a exclusão social. Não é possível, em pleno Século XXI, se pensar a saúde de um povo dentro de um pensamento mesquinho e destruidor que exclui os determinantes e os condicionantes sociais do processo saúde-doença e da epidemiologia desse processo. Pois é dessa forma que os determinantes sociais, ao revelarem as condições de vida da população, poderão fomentar subsídios para contribuir na viabilidade de políticas que cheguem às transformações necessárias para que aquela sociedade tenha a dignidade de ter sua saúde garantida como direito de cidadania.

Jairnilson Paim analisa o ciclo de desenvolvimento do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) em alguns elementos que nutrem uma dimensão importante da luta pelo direito à saúde no Brasil: uma ideia, uma proposta, um projeto e um processo. Esses elementos que sistematizam uma longa trajetória de um grande movimento e nos trazem clareza e discernimento para refletirmos as condições atuais da política nacional.

A ideia de uma mudança na questão da Saúde no Brasil começou com duas teses seminais, de Cecília Donnângelo, em 1973, e de Sérgio Arouca, em

1975, que questionavam a ordem instituída na assistência à saúde e na educação médica. Assim teve início o dilema preventivista, cujo modelo de educação e formação tinha o foco na doença, no hospital, nos medicamentos e na assistência médica, que deixava a grande maioria da população brasileira à deriva, pois não tinha recursos para pagamento de consultas e hospitais quando adoeciam e nem tinham carteira de trabalho assinada pelos patrões, o que lhe dava assistência médica pelo INAMPS.

Existia uma inquietação, uma crise sanitária objetiva e um mal estar muito grande da sociedade. Essa percepção seminal deu impulso a uma série de reflexões e pesquisas voltados a olhar as condições de vida da sociedade brasileira como um todo e suas doenças, dando origem, em 1976, ao Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) que começou a sistematizar os argumentos que assombravam a nação e escravizavam o povo. Assim começou a surgir uma série de estudos que mostravam as condições de vida da população brasileira e a produção e distribuição das doenças da sociedade.

Mais adiante um pouco, em 1979, foi criada a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), que reforçava essa luta na pesquisa científica e a construção teórica e prática dentro das universidades. Dessa forma, CEBES e ABRASCO são entidades criadas para pensar a determinação social do processo saúde-doença da população brasileira emergindo, na sequência, a Saúde Coletiva, transdisciplinar e interprofissional, cuja complexidade possibilita dar corpo a um campo do conhecimento científico que pensa nação.

A sistematização do contexto das condições de saúde na década de 1970, cuja degradação era crescente, estava refletida nos indicadores epidemiológicos com taxas alarmantes. A sistematização da situação de saúde do Brasil naquele período deu a origem ao Documento original do CEBES que se tornou a pedra fundamental para a criação efetiva do Sistema Único de Saúde (SUS). Foi no documento "A Questão Democrática na Área da Saúde", escrito e aprovado por todos os núcleos do CEBES e por movimentos que acompanhavam que, pela primeira vez, apareceu a proposta de criação do SUS. Essa proposta era um conjunto articulado de princípios e proposições políticas para a transformação das condições de saúde do país e da sociedade, que foi apresentado no Simpósio de Saúde da Câmara dos Deputados em outubro de 1979. Assim emergiu a necessidade de se organizar uma conferência que tivesse como principal interventor, a participação da sociedade brasileira para decidir questões ligadas à saúde de todos e seus

determinantes sociais e ambientais. E essa acabou sendo, de fato, a dinâmica e a prática da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986.

Essa conferência está eternizada devido à imensa importância para a questão da democracia no Brasil. A RSB transformou-se em um projeto de País, um projeto para contribuir no desenvolvimento nacional, onde a democracia estava intrinsecamente conectada à saúde. Sem democracia não seria possível se trabalhar na questão da saúde da população brasileira. Neste momento, ressalta-se a importância do fortalecimento de um movimento de democratização da saúde, emergindo o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que passou a ter uma identidade específica, com uma práxis voltada a um conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais em prol de um projeto de nação que atendesse a todos os brasileiros. E fez-se compromisso uma bandeira única: o direito à saúde.

Nesse sentido que é importante iluminar e manter a clareza de que o conjunto de políticas articuladas resultou no movimento para uma totalidade de mudanças e transformações sociais que dariam a dignidade e a cidadania ao povo brasileiro. O capítulo sobre a Ordem Social da Constituição Brasileira de 1988 tem a Seção "Da Seguridade Social", composto pela Assistência Social, Previdência Social e Saúde. A duras penas foi promulgada a Seguridade Social como direito da população e dever do Estado brasileiro. Como se diz, com muito sangue, suor e lágrimas, nasceu a constituição cidadã. A partir de então, o MRSB contribui na elaboração e execução da legislação e vive um processo em permanente construção de um sistema de saúde em um País continental, onde a desigualdade é fato e mais de 80% da população brasileira precisa da proteção do Estado como um conjunto de atos, momentos e espaços onde se realizam práticas sociais, econômicas, políticas e culturais para o desenvolvimento nacional.

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que não se reduz à luta pelo SUS, pelo contrário, é muito maior do que ele, ultrapassando-o e, sobretudo, transcendendo-o, se mantém intransigentemente em defesa do Sistema Universal de Saúde, recolocando-o continuamente dentro da questão da Saúde no desenvolvimento econômico, político e social da nação. A criação do SUS contribuiu para melhorar efetivamente as condições de saúde e de vida da população. É fato que 25% de brasileiros na década de 1970 atendidos pelo sistema público de saúde passa para 80% de brasileiros diretamente assistidos pelo SUS na década de 2010, com bilhões de procedimentos ao ano por todo o território nacional dentro de um sistema inteiramente interligado, onde se refletem mudanças nos indicadores

de mortalidade infantil, materna e neonatal, programas de excelência como HIV-AIDS e de Transplantes (90% dos procedimentos no País), que são referências mundiais, fabricação de fármacos e vacinas em indústrias brasileiras, cobertura vacinal integral, a inclusão de outras medicinas e outras práticas integrativas e complementares para reduzir a medicação da sociedade e contribuir para uma maior qualidade de vida da população brasileira, e muitas outras mudanças que estão registradas em trabalhos científicos de renome nacional e internacional.

Assim, vivenciamos atualmente uma realidade contraditória, tosca e rude ou simplesmente obtusa. Muitos defendem o SUS, tanto correntes vindas do setor público quanto do setor privado, e isso é preciso ter clareza. Entretanto, grifamos que nossa defesa é tradicionalmente a defesa do Movimento Sanitário, sendo parte do papel original do CEBES: a luta pelo direito à saúde como argumento substancial para a transformação da sociedade brasileira. Sem democracia, não há saúde. E sem saúde... não há democracia, simplesmente porque não há povo saudável para pensar, refletir e contribuir na construção da nossa nação.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Conferência de Abertura. Brasília, 1986. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=NtdIGv8mfDI Acesso em: 06 nov. 2017.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira:** Contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

ANEXO E – CARTA DE CHAPECÓ

DO I CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: EM DEFESA DO SISTEMA UNIVERSAL DE SAÚDE

"As sucessivas crises do capitalismo têm sobrevivido às custas de enormes sacrifícios das populações, especialmente nos países chamados periféricos. Para manter os privilégios e a concentração de riquezas assistimos ao aprofundamento das desigualdades, aumento do desemprego, drástica redução de investimento público nas políticas sociais e desmonte dos sistemas de seguridade social. O fortalecimento de alianças, cooperação e solidariedade entre países latinamericanos é uma estratégia potente para superar a concentração do poder do capital financeiro planetário. No marco desta importância, o I Congresso Internacional de Políticas Públicas de Saúde: em defesa do sistema universal de saúde, representa muito para nossas universidades, a Universidade Federal da Fronteira Sul e a *Universidad Nacional de Misiones*. Somos região de fronteira e, embora existam limites geográficos, para o setor da saúde não há fronteiras, mas sim grandes vulnerabilidades de pessoas e famílias com necessidades de cuidados e atenção a saúde. Portanto é essencial trabalharmos juntos, produzirmos conhecimentos e tecnologias comuns para, de forma conjunta intervir produzindo mais saúde para nossas populações. A região sul do Brasil é contemplada por uma rede de seis campus universitários da Universidade Federal da Fronteira Sul, criada para demarcar compromisso com a região e com as relações internacionais. Este é o início promissor para a juventude e para os territórios que contam agora com oportunidades de formação e profissionalização. Mas isso não basta, precisamos formar cidadãos instituídos na solidariedade por mais igualdade e garantias por melhor qualidade de vida para todos. Nesse contexto a Saúde Coletiva tem um papel de grande responsabilidade contribuindo para a garantia do direito universal à saúde, reduzindo desigualdades, vulnerabilidades e na consolidação do Sistema Único de Saúde tal como concebido pela Constituição Federal: universal, integral e

com participação social. Sob essa perspectiva, apoiamos integralmente o Manifesto Saúde e Democracia. E, ao mesmo tempo, conclamamos todos e todas para aderir a ele inaugurando uma ação conjunta de resistência contra todos os retrocessos que assaltaram nosso país e comprometem duramente a vida de toda a nossa gente". (Aprovada por aclamação dos congressistas).

MOÇÃO DE APOIO AO DOSSIÊ ABRASCO SOBRE OS IMPACTOS DOS AGROTÓXICOS NA SAÚDE

"Desde 2008, o Brasil ocupa o lugar de maior consumidor de agrotóxicos do mundo. Os impactos na saúde pública são amplos, atingem vastos territórios e envolvem diferentes grupos populacionais, como trabalhadores em diversos ramos de atividades, moradores do entorno de fábricas e fazendas, além de todos nós, que consumimos alimentos contaminados. Tais impactos estão associados ao nosso atual modelo de desenvolvimento, voltado prioritariamente para a produção de bens primários para exportação. Com este dossiê, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) visa a alertar, por meio de estudos científicos, as autoridades públicas nacionais, internacionais e a sociedade em geral para a necessidade de políticas que possam proteger e promover a saúde humana e os ecossistemas" (CARNEIRO *et al.*, 2015, p. 37). "Banir os agrotóxicos já proibidos em outros países e que apresentam graves riscos à saúde humana e ao ambiente, prosseguindo para a reconversão tecnológica a uma agricultura livre de agrotóxicos, transgênicos e fertilizantes químicos. Proibir a introdução de novos tóxicos agrícolas em qualquer concentração, tal como a proposta pelo Conama, que consiste na utilização de resíduos industriais contaminados por substâncias perigosas na produção de micronutrientes para a agricultura" (CARNEIRO *et al.*, 2015, p. 87). (Aprovada por aclamação dos congressistas).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O I CIPPS foi um grito dos movimentos que defendem, desde a década de 70, políticas de saúde como direito de cidadania, conclamou a todos à adesão, inaugurando uma ação conjunta de resistência e luta pelo direito à saúde e contra

todas as estratégias de desmonte do SUS, bem como dos demais direitos sociais que estão fazendo retroceder as políticas sociais na estrutura da nação brasileira, com clara mensagem: "O SUS resiste! Saúde é democracia!"

Esse direito precisa ser fortalecido, ampliado e defendido por nós, que somos a sociedade brasileira, com o suporte do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira que está a cada dia mais vivo e atuante.

Observamos grandes retrocessos em direção à perda de direitos sociais; o SUS está enfrentando grandes ameaças com a privatização através de diversos interesses dos mercados da saúde, com as mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com a aprovação da Emenda Constitucional nº 95, de dezembro de 2016, que vai agravar ainda mais o subfinanciamento da saúde pública. Esse fato claramente não conseguirá atender as mudanças no perfil epidemiológico e demográfico nos próximos anos, até mesmo a falta de investimentos em tecnologias e desenvolvimento de medicamentos e vacinas no setor público. Tudo isso contribui para o desmonte do sistema. Tais ações e estratégias políticas afetam diretamente toda população no âmbito local, regional e nacional.

O acesso à saúde está sendo cada vez mais prejudicado e limitado. Quem sofre os maiores efeitos são os usuários diretos do SUS; mais de 75% da população brasileira são SUS, dependentes na assistência e nos tratamentos, e completos 100% da população brasileira usa o SUS, nos restaurantes, na qualidade da água, nos aterros e nos lixões, nas epidemias, nas doenças crônicas. Além de que toda a alta tecnologia que atende aos cidadãos brasileiros como fabricação de vacinas e medicamentos, transplantes, programas de HIV-AIDS são do SUS, com acesso universal.

Este congresso pressupõe o comprometimento dos participantes e da sociedade, de um modo geral, com rumos das políticas públicas de acesso universal à saúde e contribuiu com a difusão de conhecimento político, técnico e científico em Saúde Coletiva. Porque é importante saber que **o SUS que lutamos é o SUS como Direito e não como Mercadoria**, ou seja, Direito Público, Direito de Cidadania. E direito não se vende e não se compra. Direito é direito. Desse modo, este evento e o fechamento deste livro representam uma oportunidade de integrar, articular e produzir conhecimentos e parcerias no fortalecimento de uma rede em defesa do SUS e dos sistemas universais de saúde.

Por fim, a ampliação dos horizontes inerentes a este tipo de evento e consolidados neste livro, cujos debates em mesas-redondas e em plenários foram

realizados, certamente contribuiu na emergência do despertar dos participantes para o desenvolvimento de novas pesquisas, projetos de extensão universitária, intercâmbio de estudantes e docentes, no sentido de propiciar formação acadêmica que encadeie competência científica, técnica e política com trocas de conhecimentos, saberes e práticas interdisciplinares e de distintas realidades locais, em que este evento foi, de fato, propulsor. A comissão organizadora, científica e técnica encerra, com muito orgulho, um evento deste porte e abre perspectivas para o II CIPPS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Conferência de Abertura. Brasília, 1986. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=NtdIGv8mfDI Acesso em: 06 nov. 2017.

CARNEIRO, F. F. *et al.***Dossiê Abrasco** – Um alerta sobre os impactos dos Agrotóxicos na Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2015.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira:** contribuição para a compreensão e crítica**.** Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

Nas três últimas décadas a sociedade brasileira desenvolveu um imenso esforço para organizar e colocar em funcionamento o Sistema Único de Saúde - SUS, que traz em si um projeto de sociedade e um modelo de desenvolvimento, que se expressam em valores civilizatórios como igualdade, democracia e emancipação. Nessa concepção, a saúde é um valor social que articula cuidados individuais e coletivos ao desenvolvimento econômico e aos direitos humanos.

O SUS, resultado dos esforços de movimentos sociais e forças políticas progressistas, resistiu ao tsunami neoliberal da década de 1990, mas essa construção societária e os interesses nacionais estão sob forte ataque. A saúde como valor solidário, direito de cidadania e dever do estado nunca esteve tão ameaçada como agora.

São expressivos, objetos de reconhecimento internacional, os avanços na atenção primária através da Estratégia de Saúde da Família (PSF), na Política Nacional de Imunização (PNI), na redução expressiva da mortalidade infantil, na Vigilância Epidemiológica e Sanitária, na política de Assistência Farmacêutica, na política de transplantes, nos Serviços de Atenção Médica de Urgência - SAMU, na política de AIDS, na Reforma Psiquiátrica, no combate ao uso de tabaco, na política do sangue, entre outras políticas públicas.

O campo da pesquisa e inovação se fortaleceu graças ao apoio político e financeiro do Ministério da Saúde, assim como a implantação de um dos exemplos mais bem-sucedidos de políticáa industrial voltada para o fortalecimento da capacidade nacional na produção de insumos, tecnologias e serviços para a de saúde humana. De particular relevância foram as parcerias entre laboratórios oficiais e empresas com produção local para o desenvolvimento e produção de produtos essenciais ao SUS.

Esse processo permitiu que o país construísse uma forte base tecnológica e de cuidados que hoje atende às necessidades de parte importante da população brasileira, com grande impacto nas condições de vida e de redução de iniquidades e desigualdades.

A magnitude e relevância dessas realizações sem dúvida teriam sido mais expressivas, de maior alcance e de resultados mais profundos, não fossem os impasses estruturais, resultantes de uma visão fragmentada e financista sobre o cuidado à saúde. Esses impasses impuseram, ao longo de toda a implantação do SUS, fortes limites orçamentários e financeiros, que impediram a plena realização de seus fundamentos e geraram estímulos à privatização.

As políticas de aprofundamento de cortes dos gastos sociais, no atual contexto de negação de direitos,

de desvalorização das políticas universais e ajuste fiscal neoliberal, intensificam retrocessos e ameaçam descaracterizar definitivamente o SUS conformando um projeto que trata o cuidado à saúde como mercadoria.
A tentativa de aniquilamento do SUS se contrapõe também à compreensão do processo saúde-doença e do conceito ampliado de saúde. Desde a modernidade, o pensamento cientifico afirma a natureza simultaneamente biológica, subjetiva e social dos problemas de saúde. Essa base constitutiva dos sistemas e políticas universais de saúde está sendo desconstruída pela reintrodução de concepções individualistas, medicalizantes e mercantis do consumo de serviços de saúde.

As reformas que vêm sendo implementadas pelo atual governo, apoiadas na obsessão na redução do "déficit fiscal", representam uma ruptura radical com os preceitos da Constituição Cidadã de 1988. Elas inviabilizam a realização de direitos sociais fundamentais como a saúde e a proteção básica aos trabalhadores, aposentados e idosos, implicando na redução expressiva dos gastos sociais.

A visão hegemônica no atual governo e na maioria parlamentar, é de que a Saúde, ao invés de investimento, é gasto, e que a gestão em moldes empresariais e a redução dos dispêndios são prioridades absolutas, ainda que comprometam a qualidade e universalidade do cuidado à saúde. Daí também decorre a visão largamente disseminada de que o SUS não pode ser universal, pois "não cabe no orçamento" e deve se destinar a prover cuidados mais simples aos mais pobres. Essa visão equivocada desconhece que as atividades relacionada ao setor saúde – serviços, medicamentos, vacinas e equipamentos -, respondem por cerca de 8,5% do PIB e incorporam setores estratégicos de inovação - tecnologia de informação, biotecnologia, microeletrônica, química fina, nanotecnologia, entre outros – com ampla repercussão em todos os setores da economia. O Setor Saúde responde por 10% dos postos formais de trabalho qualificado e empregou em torno de 9,5 milhões de brasileiros em 2015.

A disseminação da imagem de um SUS precário, estruturalmente capturado por trocas político-partidárias, atendendo a interesses privados e insustentável com recursos públicos, apaga da percepção pública os importantes avanços obtidos e fragiliza sua sustentação social. Tal acepção, embora equivocada, se apoia também nos reais empecilhos enfrentados pela população que recorre ao SUS. Apesar do gigantesco esforço de gestores, profissionais, movimentos e entidades comprometidas com o SUS, a experiência cotidiana da população é com frequência negativa em termos de acolhimento, acesso e qualidade.

Isto tem levado a população brasileira a não ver o SUS como um patrimônio da nação e política social a ser preservada e valorizada como bem comum de valor inestimável, como ocorre em outros países com sistemas universais de saúde.
Cabe também aos defensores do SUS e aos profissionais de saúde, em particular, a tarefa indeclinável de propor, debater e adotar modelos de gestão e práticas sanitárias que contribuam para a melhoria da qualidade das ações e práticas em saúde. A rejeição liminar a toda e qualquer crítica e a toda e qualquer iniciativa de monitoramento de avaliação de qualidade da atenção à saúde, compromete a base social de sustentação política do SUS.

A justa defesa dos direitos corporativos dos trabalhadores do SUS não está desconectada dos compromissos com a saúde da população. O divórcio entre essas duas dimensões reforça os interesses particulares de elites abrigadas em corporações, em sindicatos, setores empresariais, parte da classe média, de trabalhadores especializados e de funcionários públicos, que mantiveram seus próprios esquemas assistenciais particulares como serviço suplementar ao SUS. Isto acentua o intenso processo de mercantilização e privatização da assistência, expressa no significativo crescimento do setor privado, sustentado em parte por uma política de incentivos e subsídios, que subtrai em torno de R$ 25 bilhões anuais do sistema público.

Além disso, o atual modelo de desenvolvimento do país, excludente e fragmentado, não permite o enfrentamento da determinação social da saúde, com impactos negativos no desenvolvimento humano, gerando doença, sofrimento e morte. São exemplos a vergonhosa situação do saneamento básico, a

contaminação do ar e da água, o uso de pesticidas sem controle, os acidentes de trânsito e de trabalho, os homicídios que se contam às dezenas de milhares por ano, a violência cotidiana dos sistemas de transporte urbano de massa, o sofrimento psíquico, o abandono, o preconceito e a injustiça generalizados.
O Brasil está saindo de uma rota na qual, ainda que insuficientes, direitos de cidadania, foram efetivados, para uma trajetória baseada na indiferença moral dirigida à maioria da população. A ameaça brutal de desumanização dos excluídos, de revogação de pertencimento à nação, afeta as instituições de educação, cultura, pesquisa, saúde, previdência e assistência social. Assim, a reafirmação de um sistema público e universal no campo da saúde fundamenta-se, em primeiro lugar, em princípios civilizatórios e de justiça, mas também em evidências sobre as vantagens dos sistemas públicos universais em termos de custo-efetividade nas comparações com outros modelos, baseados no setor privado, planos e seguros de saúde.
Por ser a expressão real desses valores, a defesa de uma saúde pública moderna, de qualidade e respeitada pela sociedade deve ser baseada em uma ética do cuidado e na sustentabilidade política, econômica e tecnológica do SUS.

Portanto, para que o centro da política de saúde gravite em torno do cidadão e que a cidadania ocupe centralidade no cuidado e para que a democracia e soberania nacional tornem-se valores sociais sustentados por todos, apresentamos as seguintes proposições para debate:

1. A defesa de um padrão de desenvolvimento que articule crescimento econômico com o respeito aos ciclos da natureza, com a democracia, integração entre as políticas sociais e a priorização da qualidade de vida;

2. Defesa absoluta do SUS público, universal e sustentável em termos de recursos financeiros, organizacionais e políticos;

3. Revogação da EC 95/2016 (EC do teto dos gastos públicos). Implementação de uma reforma fiscal e tributária, que contemple a revisão da questão da dívida pública, da efetiva implantação do imposto sobre grandes fortunas e heranças.

4. A implementação de políticas para a redução das barreiras impostas pela atual lei de propriedade intelectual, especialmente na proteção de patentes, que impedem o acesso a medicamentos, pela imposição de preços muitas vezes extorsivos. Para isso, utilizar as denominadas flexibilidades do Acordo TRIPS da OMC, como a emissão de licenças compulsórias para a sustentabilidade do direito à saúde, quando necessário.

5. Informar com clareza para a sociedade de que um sistema público é não apenas o modelo mais justo de prover atenção à saúde, mas, também o mais custo efetivo. Ação política, informação, consciência para acumular poder para que os movimentos sociais e partidos políticos advoguem essa causa;

6. Ampliação da participação Comunitária e garantia da natureza deliberativa de Conselhos e Conferências, e sua participação na definição de orçamentos, transparência na alocação e uso dos recursos públicos, monitoramento e combate ex-ante a desvios;

7. Vedação progressiva de qualquer tipo de subsídio público direto ou indireto para o setor de planos e seguros saúde;

8. Adoção de contratos baseados na racionalidade pública para a concessão de títulos de filantropia e demais organizações sem fins lucrativos direta e indiretamente envolvidas com o SUS

9. Modelo de atenção centrado na atenção primária à saúde como elemento central na coordenação do sistema e integralidade dos cuidados;

10. Construção de uma nova institucionalidade para a administração pública e de um novo modelo de macro governança para redes assistenciais e regiões de saúde

11. Defesa de uma administração moderna e qualificada na saúde. Fim do loteamento político-partidário de cargos no Ministério da Saúde, nas Agências Reguladoras e na direção de unidades assistenciais públicas.
12. Fortalecimento da política voltada para o fortalecimento do Complexo Econômico Industrial da Saúde, incluindo ministérios e órgãos da área de ciência e tecnologia, com o fortalecimento da pesquisa, desenvolvimento e inovação em nossas instituições nacionais.

FORUM PELA DEMOCRACIA E SAÚDE

Adailton da Silva Batista, médico cardiologista
Adair Rocha, professor universitário
Adelyne Maria Mendes Pereira, enfermeira, pesquisadora
Ana Maria Cantalice Lipke, médica cardiologista
Ana Tereza Pereira, médica sanitarista
Anamaria Schneider, sanitarista
Angela Eugênio, médica angiologista
Armando Nogueira, médico, professor universitário
Carlos Henrique Tibiriça, economista
Carlos Ocké-Reis, economista
Celia Almeida, pesquisadora
Ceres Albuquerque, médica sanitarista
Christovam Barcellos, geógrafo, pesquisador
Claudia Medina Coeli, médica sanitarista
Claudia Travassos, médica, pesquisadora
Cornelis van Stralen, cientista social, pesquisador
Crescêncio Antunes Silveira, médico
Cristiani Vieira Machado, médica sanitarista, pesquisadora
Dora Chor, pesquisadora
Eduardo Leal, farmacêutico, pesquisador
Eleny Guimarães-Teixeira, médica clínica, professora
Eleonor Conill, médica sanitarista, pesquisadora
Eliane Assunção, médica neurologista
Eliete Ferrer, professora
Evangelina Oliveira, geógrafa
Fernando Szklo, médico
Francisco D'Angelo, médico, Deputado Federal
Francisco Viacava, médico, pesquisador
Franklin Rubinstein, médico
Gabriela Costa Chaves, farmacêutica, pesquisadora
Gilberto Palmares, Deputado Estadual
Glória Maria Teixeira, professora universitária
Gustavo Noronha, economista
Hermano Castro, médico, pesquisador
Hésio Cordeiro, médico
Isabela Soares Santos, cientista social, pesquisadora
Itamar Lages, professor universitário
Jairnilson Paim, professor universitário
Jandira Feghali, médica, Deputada Federal
João Sicsú, economista
Joaquim Ribeiro, médico cirurgião

Joice Aragão, médica sanitarista
Jorge Bermudez, médico, pesquisador
Jorge Costa, farmacêutico, pesquisador
Jorge Solla, médico, Deputado Federal
José Gomes Temporão, médico sanitarista, ex-Ministro da Saúde
José Noronha, médico sanitarista
Kenneth Camargo, médico, professor universitário
Laerth Vaz de Melo, médico
Leôncio Feitosa, médico cirurgião cardiovascular

Ligia Bahia, médica sanitarista, pesquisadora
Ligia Giovanella, pesquisadora
Liliane Penello, médica psiquiatra
Lindbergh Farias, Senador da República
Lucia Souto, médica
Luciana Lima, médica, pesquisadora
Luiz Roberto Tenório, médico
Marcelo Rodrigues, líder sindical
Marcio Boia, médico
Margareth Portela, engenheira, pesquisadora
Maria Auxiliadora Oliveira, médica, pesquisadora
Maria Helena Machado, pesquisadora
Maria Lucia Rizzoto, professora universitária
Maria Regina Saraiva, médica
Maria Thereza Marcílio, educadora
Mariana Vercesi de Albuquerque, geógrafa, pesquisadora
Mario Dal Poz, professor universitário
Mauro Brandão, médico
Nelson Nahon, médico
Paulo Amarante, médico, pesquisador
Paulo Bonilha, professor universitário
Paulo Buss, médico sanitarista, pesquisador
Paulo Gadelha, médico, pesquisador
Paulo Roberto Elian dos Santos, historiador, pesquisador
Pedro Gabriel Delgado, médico psiquiatra, professor universitário

Reimont Ottoni, vereador
Reinaldo Guimarães, médico sanitarista
Renato Santos, médico
Roberto Medronho, médico, professor universitário
Roberto Parada, médico sanitarista
Robson Leite, professor
Rodrigo Mendes Leal, economista.
Sarah Escorel, sanitarista, pesquisadora
Sonia Fleury, professora universitária
Stephan Sterling, médico de família
Tatiana Wargas de Faria Baptista, psicóloga e pesquisadora
Telma Ruth Pereira, médica
Tomaz Pinheiro da Costa, médico obstetra, professor universitário
Victor Grabois, médico
Waldeck Carneiro, Deputado Estadual

A Questão Democrática na Área da Saúde

Documento apresentado pelo CEBES — Nacional no 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Camara Federal — outubro 1979

É praticamente consensual entre os especialistas o diagnóstico de que, a partir da década de 60 vem piorando gradativamente o nível de vida da população. Aumentaram significativamente a mortalidade infantil, as doenças endêmicas, as taxas de acidentes do trabalho, o número de doentes mentais, etc. Pioraram, igualmente, as condições de saneamento, a poluição ambiental e os níveis nutricionais chegaram ao ponto de preocupar as autoridades, hoje um tanto pessimistas com relação ao que chamam de "miséria absoluta".

Cresce a um só tempo a mobilização popular contra o desemprego, os baixos salários e suas péssimas condições de vida. Cresce também, e mais especificamente, a irritação da população contra as filas, a burocracia, a corrupção e os custos da má atenção médica que recebem. Crescem, finalmente, as reclamações e reivindicações sindicais contra os convênios e contratos com as empresas médicas.

Enquanto isto acontece, a medicina brasileira vive uma profunda crise. Exacerbam-se as críticas à sua qualidade. Questiona-se cada vez mais a sua eficácia. Acusam-se os médicos de desleixo e desnaturada avidez salarial. Os donos de hospitais ameaçam fechá-los porque seus lucros estão baixando.

É neste contexto que se situa a maior parte do material que vem sendo veiculado pelos meios de comunicação de massa. Inúmeros elementos objetivos sustentam a parcial veracidade destas acusações. Entretanto, o que só recentemente está vindo à luz, em forma ainda um tanto encoberta, são as reais causas das distorções detectadas. As raízes últimas na anarquia instaurada na assistência médica e da insolvência sanitária da população: a mercantilização da medicina promovida em forma consciente e acelerada por uma política governamental privatizante, concentradora e anti-popular.

Política que substitui a voz da população pela sabedoria dos tecnocratas e pelas pressões dos diversos setores empresariais; Política de Saúde que acompanha em seu traçado as linhas gerais de posicionamento sócio-econômico do governo: privatizante, empresarial e concentrador da renda, marginalizando cerca de 70% da população dos benefícios materiais e culturais do crescimento econômico. Política de Saúde, ainda, que reduziu ao mínimo os gastos em saúde pública, privilegiando a assistência médico-hospitalar curativa e de alta sofisticação, ainda quando o quadro sanitário do país indique a enorme importância dos "velhos" problemas: esquitossomose, Chagas, malária, desnutrição, altos índices de mortalidade infantil, combinados com a emergência de novos padrões de mortalidade urbana (câncer, doenças cardiovasculares, acidentes, violências, etc). Política de Saúde, enfim, que esquece as necessidades reais da população e se norteia exclusivamente pelos interesses da minoria constituída e confirmada pelos donos das empresas médicas e gestores da indústria da saúde em geral.

Exemplo recente desta forma de política elitista e anti-popular e a tentativa da criação do cheque-consulta, cujo único objetivo é satisfazer os interesses dos produtores de serviços acenando à população com a ilusão de um melhor acesso aos serviços de saúde.

Face a esta política de caráter essencialmente anti-democrático, a grande maioria dos profissionais de saúde encontra-se hoje colocada na trincheira de uma batalha inglória a tentar remediar os males de um planejamento ineficaz para uma população carente e subnutrida, com técnicas às vezes tão ou mais perigosas que as próprias doenças que deseja eliminar.

Por outro lado, a população marginalizada das decisões sobre a política de Saúde da mesma forma que da maioria das decisões sobre a vida nacional financia um sistema que muito pouco ou nada lhe oferece em troca.

Frente a este quadro é dever da população

e dos profissionais de saúde, nos locais de trabalho e reunidos em torno de suas entidades representativas, apresentar seu diagnóstico da situação. Mais ainda, somando-se ao clima de debates que hoje caracteriza a conjuntura política nacional, avançar e propor plataformas de luta que busquem reunir suas aspirações na linha de constituição de uma medicina democrática.

É nesse sentido que o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde vem apresentar sua contribuição a este debate e a esta luta.

– O diagnóstico apresentado já indica as grandes linhas de uma proposta, limitando responsabilidades e definindo os principais obstáculos que se interpõem hoje, no Brasil, entre os ideais democráticos e as possibilidades de resposta e adequação real do nosso Sistema de Saúde àqueles ideais.

Por uma Saúde autenticamente democrática entende-se:

1 – o reconhecimento do direito universal e inalienável, comum a todos os homens, à promoção ativa e permanente de condições que viabilizem a preservação de sua saúde.

2 – o reconhecimento do caráter sócio-econômico global destas condições: emprego, salário, nutrição, saneamento, habitação e preservação de níveis ambientais aceitáveis.

3 – o reconhecimento da responsabilidade parcial porém intransferível das ações médicas propriamente ditas, individuais e coletivas, na promoção ativa da saúde da população.

4 – o reconhecimento, finalmente, do caráter social deste Direito e tanto da responsabilidade que cabe à coletividade e ao Estado em sua representação, pela efetiva implementação e resguardo das condições supra mencionadas.

Por isso são necessárias medidas que:

1 – obstaculizem os efeitos mais nocivos das leis de mercado na área de Saúde, ou seja, detenham o empresariamento da medicina.

2 – transformem os atos médicos lucrativos, em um bem social gratuito a disposição de toda população.

3 – criem um Sistema Único de Saúde.

4 – atribuam ao Estado a responsabilidade total pela administração deste Sistema.

5 – deleguem ao Sistema Único de Saúde a tarefa de planificar e executar uma política nacional de saúde; que inclua: a pesquisa básica, a formação de recursos humanos, a atenção médica individual e coletiva, curativa e preventiva, o controle ambiental, o saneamento e a nutrição mínima à sobrevivência de uma população hígida.

6 – estabeleçam mecanismos eficazes de financiamento do sistema, que não sejam baseados em novos gravames fiscais sobre a maioria da população, nem em novos impostos específicos para a saúde. O financiamento do Sistema Único deverá ser baseado numa maior partipação proporcional do setor saúde nos orçamentos federal, estaduais e municipais, bem como no aumentodaarrecadaçãodecorrente de uma alteração fundamental no atual caráter regressivo do sistema tributário.

7 – organizem este Sistema de forma descentralizada, articulando sua organização com a estrutura político-administrativa do país em seus níveis federal, estadual e municipal, estabelecendo unidades básicas, coincidentes ou não com os municípios, constituídas por aglomerações de população que eventualmente reuniriam mais de um município ou desdobrariam outros de maior densidade populacional. Esta descentralização tem por fim viabilizar uma autêntica participação democrática da população nos diferentes níveis e instâncias do sistema, propondo e controlando as ações planificadas de suas organizações e partidos políticos representados nos governos, e assembléias e instâncias próprias do Sistema Único de Saúde.

8 – Esta descentralização visa por um lado maior eficácia, permitindo uma maior visualização, planificação e alocação dos recursos segundo as necessidades locais. Mas visa sobretudo ampliar e agilizar uma autêntica participação popular a todos os níveis e etapas na política de saúde.

Este, talvez o ponto fundamental desta proposta, negador de uma solução meramente administrativa ou "estatizante". Trata-se de canalizar as reivindicações e proposições dos beneficiários, transformando-os em voz e voto em todas as instâncias.

Evita-se, também, com isto, uma participação do tipo centralizador tão cara ao espírito corporativista e tão apta às manipulações cooptativas de um estado fortemente centralizado e autoritário como tem sido tradicionalmente o Estado Brasileiro.

9 – Estabeleçam um estatuto de convivência entre a prática assalariada vinculada ao Sistema Único de Saúde e a autêntica prática de consultórios particulares que tem tradição na Medicina brasileira.

10 – Definam uma estratégia específica de controle sobre a produção e distribuição de medicamentos, assim como de produção e/ou importação e consumo de equipamentos médicos. Que esta estratégia tenha presente as necessidades reais, majoritárias e regionalizadas da população, reduzindo ao mínimo os gastos e a sofisticação desnecessária.

Estas opções políticas conduzem a uma proposta de transformação profunda no atual sistema de saúde cujas medidas iniciais sejam:

I – Criar o Sistema Único de Saúde (SUS)

II – Outorgar ao Ministério da Saúde, a direção do SUS com a tarefa de planificar e implantar em conjunto com os governos estaduais e municipais, a Política Nacional

de Saúde. O órgão deve ter poder normativo e executivo, inclusive sobre o setor privado e empresarial, sendo controlado permanentemente pela população através de suas organizações representativas, via mecanismos claramente estabelecidos e institucionalizados.

III — Definir a Política de Assistência Médica, atualmente levada a cabo pelo INAMPS, já então enquadrado e disciplinado pelo órgão diretor do SUS, mediante a suspensão imediata dos convênios e contratos de pagamento por unidades de serviços para a compra de atos médicos ao setor privado empresarial, substituindo-os por subsídios globais; estabelecer mecanismos efetivos de controle destas unidades contratadas que impeçam conseqüências danosas como o aviltamento dos salários dos profissionais e a diminuição da qualidade do atendimento; controle a ser exercido em conjunto por um representante do Sistema Único de Saúde com assento permanente na direção destas unidades.

IV — Criar imediata, ainda que progressivamente, com os recursos antes dispendidos com os convênios e outros, uma rede nacional, devidamente regionalizada de ambulatórios e postos de saúde próprios, voltados para a aplicação de medidas preventivas, articuladas com assistência médica primária, de casos de emergência e de acidentes do trabalho. Para o funcionamento destes postos, deverão ser utilizados médicos funcionários dos Sistemas Único e, sobretudo, pessoal auxiliar, cuja formação deverá ser estimulada com veemência.

V — Definição de uma política para área rural adequada às reais necessidades de sua população, descondicionando a prestação de assistência médica da satisfação de interesses eleitorais de grupos partidários.

VI — Redefinir a atual política do FAS para que passe a financiar a expansão da rede básica dos serviços de saúde.

VII — Privilegiar as medidas de controle do meio ambiente, particularmente aquelas destinadas à redução de doenças endêmicas, como Chagas, Esquistossomose, Malária; etc.

VIII — Planejar a formação e distribuição de profissionais de saúde, definindo as prioridades para a formação de pessoal não especializado e especializado.

IX — Definir uma política de produção e distribuição de medicamentos e equipamentos médicos orientada pela simplificação e eficácia tecnológica e dirigida à redução da dependência ao capital estrangeiro através de:

maior participação estatal na pesquisa, formação de pesquisadores e desenvolvimento de tecnologia nacional dirigida à produção de matérias-primas fundamentais à industrialização de medicamentos essenciais; de modo similar ao que originalmente propunha o próprio projeto ou Central de Medicamentos;

o controle de remessas de lucros para o exterior;

o controle efetivo da qualidade e da quantidade dos medicamentos comercializados;

o importação apenas daqueles equipamentos e fármacos que tenham tido sua eficácia comprovada através da utilização por um período mínimo de 5 anos.

O conjunto destas reivindicações conforma uma primeira etapa na formulação de uma Plataforma de luta em prol de uma autêntica democratização da Medicina e da Saúde brasileira.

Não pretende ser executiva nem abranger detalhamentos administrativos de implementação. Não é seu objetivo. Define apenas as grandes linhas que deverão orientar, em nosso entender, as decisões políticas fundamentais.

Abre-se a partir deste momento a um debate democrático, o mais amplo e fértil possível, com todas as entidades e instituições interessadas na solução da crise atual da Medicina brasileira. Debate que aprofunde estes pontos indicados, levando à formulação mais acabada de uma plataforma que agrupe e mobilize médicos e não médicos na luta contra a atual política de governo para a saúde e a favor de uma Medicina Democrática.

O CEBES dentro da perspectiva da democratização dos serviços de saúde, entende também que devam ser atendidas as justas reivindicações dos movimentos sociais no setor no sentido de:

1 — Desvincular os conselhos profissionais do Ministério do Trabalho, a exemplo da OAB.

2 — Estabelecer salários justos que dignifiquem a atividade profissional, a estabilidade no emprego e melhores condições de trabalho.

3 — Ser coibido o uso do saber e autoridade quando usada para praticar ou acobertar atos de violência física ou moral contra a pessoa humana.

4 — Eliminar toda e qualquer discriminação social, religiosa, política e ideológica, na admissão de profissionais para cargos públicos ou privados.

5 — Modificar os atuais currículos de formação de profissionais adaptando-os às atuais necessidades sociais enfatizando a área de saúde coletiva

6 — Regularizar a situação de diferentes profissionais como por exemplo, assinando a carteira de trabalho para Residentes e regulamento em todos os níveis a carreira de sanitaristas.

7 Imediata readmissão de professores, médicos, cientistas, etc, atingidos pelos atos excepcionais.

8 Recusar na sua totalidade o atual Projeto da CLT, unindo-se à luta de todos os trabalhadores brasileiros.

UNIVERSIDADE
FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL

Revisão dos textos
Autores

Preparação e revisão final
Marlei Maria Diedrich

Projeto Gráfico
Mariah Carraro Smaniotto

Diagramação
COMUNICA (Agência de Comunicação EIRELI)

Capa
Mariah Carraro Smaniotto

Divulgação
Diretoria de Comunicação Social

Formato do e-book
e-Pub, Mobi e PDF

S255 Saúde coletiva: políticas públicas em defesa do sistema universal de saúde / organizadoras Daniela Savi Geremia, Maria Eneida de Almeida. – Chapecó : Ed. UFFS, 2021. – il. color.

ISBN: 978-65-86545-54-8 (PDF)
978-65-86545-56-2 (e-pub)
978-65-86545-55-5 (Mobi)

1. Saúde coletiva 2. Saúde pública 3. Sistema Único de Saúde 4. Direito à saúde I. Geremia, Daniela Savi (org.) II. Almeida, Maria Eneida de (org.)

CDD: 614

Ficha catalográfica elaborada pela Divisão de Bibliotecas – UFFS
Franciele Scaglioni da Cruz
CRB - 14/1585